This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

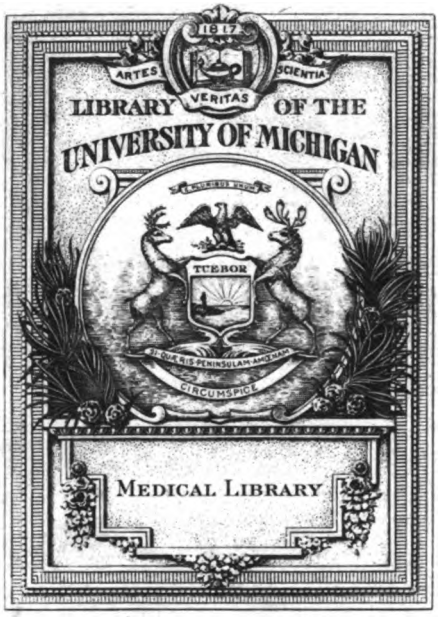
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Rivista clinica

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
C639
M5

Digitized by Google

Digitized by Google

Clinica medica italiana

RIVISTA CLINICA

DI BOLOGNA

(CONTINUAZIONE DELL'EBDOMADARIO CLINICO)

DIRETTA

DAL PROFESSOR CAV. LUIGI CONCATO

COLLA COLLABORAZIONE

del Prof. Cav. Francesco Magni, Prof. Comm. Corrado Tommasi Crudeli
Prof. Cesare Lombroso e Prof. Giulio Bizzozero

ANNO OTTAVO

BOLOGNA
TIPI FAVA E GARAGNANI AL PROGRESSO
1869

Digitized by Google

COMPILATORI E GERENTI DEL GIORNALE

Dottor ERCOLE GALVAGNI e Dottor GIOVANNI MARCHI

Digitized by Google

Medici Castelli 1-20.39 37465

RIVISTA CLINICA

Num. 1. BOLOGNA 31 Gennaio 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Colecistite suppurativa, formazione d'ascesso e apertura attraverso le pareti dell'addome

PEL DOTTORE

Cav. EDUARDO VECCHIETTI
Medico Primario in Orvieto.

Se il fare la storia di casi morbosi, che ebbero esito letale è da un lato compito ingrato pel medico, che non può vantare i risultati delle cure prodigate, e che anzi deve confessare l'impotenza dell'arte salutare contro certe malattie, è dall'altro opera sommamente utile alla scienza e all'umanità, perchè oltre all'aggiungere un nuovo fatto alla congerie di quei più interessanti, che costituiscono il tesoro dell'anatomia patologica, si porgono nuovi criteri alla conoscenza delle malattie stesse, che trattate in un periodo meno avanzato del loro decorso possono giovarsi dell'intervento di un medico illuminato, arrestarsi nel loro sviluppo ed evitare fatali conseguenze. A tale compito io mi sobbarco nell'imprendere la narrazione di un caso di colecistite suppurativa con formazione di un ascesso, che si aprì attraverso alle pareti dell'addome e che terminò colla morte, ma non so se nello stesso tempo potrò fare opera corrispondentemente utile, perchè mi mancarono molti dati, che sarebbero stati di grande aiuto alla compilazione di una storia esatta e completa.

Spenderei senza prò le mie parole, se volessi provare quanto sia importante il raccogliere una minuta e diligente anamnesi per procedere sicuri alla diagnosi di un caso meno che comune, come pure per pronunziare l'epicrisi ragionata di un fatto compiuto; ma questo è uno scoglio della pratica, contro il quale urtano i medici anche più abili e più pazienti, avvegnachè ognuno che eserciti la medicina sappia quanto è difficile il procurarsi dagl'infermi una nozione esatta del loro passato, e delle modificazioni che durante il medesimo si operarono nel loro organismo. E se questa difficoltà s'incontra talvolta nelle classi più elevate ed in persone che ricevettero un'educazione eccellente sotto ogni rapporto, quanto maggiore non s'incontrerà nelle classi infime e nei soggetti ignoranti e rozzi che loro appartengono? Di tal sorta era appunto il soggetto del caso che io verrò esponendo, e nè dal medesimo nè dalla sua famiglia fu possibile raccapezzare nulla di preciso circa il principio della malattia e il suo ulteriore sviluppo sino all'epoca in cui l'infermo venne ammesso all'Ospedale e sottoposto alla mia osservazione. Ecco i dati che mi mancarono, i quali se durante l'osservazione resero difficile la diagnosi, ora renderanno più che mai imperfetta la relazione.

Francesco Cerboni, di Orvieto, d'anni 74, contadino entrò in quest'Ospedale di S. Maria della Stella il giorno 15 dello scorso Aprile e fu collocato nella sezione di medicina affidata alla mia cura. La mattina appresso facendo la visita trovai questo nuovo infermo e cominciai ad interrogarlo. Diceva di essere ammalato da 4 mesi con febbri, alle quali si era aggiunto in seguito un senso di malessere e di peso all'ipocondrio destro, che a poco a poco s'era convertito in dolore più o meno intenso, negli ultimi tempi talvolta insopportabile. Stando al suo referto pareva che la febbre intermittente dapprima avesse avuto il tipo di terzana, e poi quotidiana fosse divenuta. Non sapeva però indicare se questa modificazione nel tipo della febbre era stata in coincidenza col presentarsi dei fastidi, che accusava nel ventre superiormente a destra; non sapeva nemmeno precisare in qual tempo si fosse fatto sentire quel malessere, quando si fosse convertito in dolore, quando avesse raggiunto il massimo d'intensità. Accusava inoltre frequente cefalea, qualche poco di tosse accompagnata da escreato, e un certo affanno, che gli riesciva oltremodo penoso; diceva ancora di patire di stitichezza e di emettere urine scarse e molto colorite. Veduta l'inutilità di molte altre domande, che io gli rivolsi, passai senz'altro all'esame obbiettivo.

La mia attenzione fu diretta immediatamente all'addome, come sede delle maggiori sofferenze dell'infermo. All'ispezione l'addome si presentava universalmente tumido, per cui erano scomparse le inflessioni della linea xifo-ombellicale; nel quadrante superiore di destra si scorgeva una manifesta tumefazione, rilevata di pochi millimetri dalla rimanente superficie addominale, e ad un terzo del limite sinistro di questa tumefazione un rigonfiamento in forma di vescica. Al palpamento si sentiva per tutto l'addome una resistenza maggiore della normale, cedevole per ogni dove ad una discreta pressione, tranne che

Digitized by Google

nel punto corrispondente alla tumefazione indicata, ove si avvertiva la resistenza data da un corpo solido sottoposto. Siccome la sede, l'estensione, la forma, la figura, e la superficie del tumore si potevano valutare meglio col palpamento che colla semplice ispezione, così torna acconcio di farne in questo luogo la descrizione. Il tumore nel suo diametro verticale maggiore scendeva per quattro dita trasverse al disotto del bordo costale destro, e si estendeva dalla punta della undecima costola all'appendice xifoide dello sterno; aveva una figura semicircolare obliqua, per cui il punto in cui il tumore sporgeva di più dal bordo costale corrispondeva al prolungamento della linea mammillare: la forma del tumore era leggermente convessa, la superficie uguale e liscia, in un punto però, come fu notato anche all'ispezione, formava un rigonfiamento non molto convesso, della dimensione di una moneta da cinque lire, il quale ai palpamento faceva sentire una manifesta fluttuazione attraverso una parete molto assottigliata; questo punto fluttuante era circondato superiormente dalla durezza propria al rimanente del tumore. Facendo inspirare l'ammalato profondamente, per quanto glielo permetteva il dolore che provava in tale movimento, il tumore si spostava e scendeva più basso. La percussione praticata sul tumore dava un suono perfettamente ottuso, su tutto l'ambito dell'addome un suono chiaro normale, più alto e meno chiaro nelle parti declivi. La succussione dell'addome non produceva alcun senso di fluttuazione, nè gorgoglio. Nei movimenti respiratori tenendo una mano sulla tumefazione si avvertiva un rumore indeciso tra il fremito e il soffregamento. Il palpamento e le altre manualità usate per delimitare il tumore e conoscerne le qualità, riescivano dolorosissime, e e l'infermo si lamentava ad ogni piccola pressione; colla mano si sentiva pure un aumento di calore alla parte affetta. A sinistra il suono ottuso corrispondente alla regione della milza scendeva al disotto del bordo costale, e si estendeva pure lateralmente, per cui appariva esistere ancora un discreto ingrossamento della milza.

Passando dall'esame dell'addome a quello del torace, questo si offriva di configurazione normale, piuttosto quadrata, poco elastico per l'ossificazione delle cartilagini costali; alla percussione presentava l'area del fegato di dimensione normale, quella del cuore egualmente; siccome tuttavia la percussione in tutto il torace anteriormente rendeva un suono molto chiaro e forte, attribuibile a mio avviso ad un certo grado di enfisema polmonare senile, così è probabile che, se anche tanto il fegato quanto il cuore avessero presentato qualche modificazione di volume, non si fosse potuta valutare. L'ottusità rilevata nel torace corrispondente all'area del fegato si continuava senza interruzione di sorta con quella del tumore sporgente dal bordo costale. Posteriormente la percussione dava un suono uniforme meno chiaro e forte che anteriormente. All'ascoltazione il rumore respiratorio era alternato da rantoli a grosse e a piccole bolle più frequenti posteriormente che anteriormente. I toni del cuore erano normali, soltanto un poco oscuri. Il capo nulla presentava di rimarchevole.

Esaminato in complesso l'ammalato era di mezzana statura, di costituzione originariamente robusta, ma logorata un po' dagli anni e dalle fatiche; aveva la pelle annerita dal sole, ed incallita dai ripetuti attriti, coperta in vari punti di molta lordura per non essersi lavato chi sa da quanti anni. Per tutto questo il colorito della pelle era poco valutabile, ma guardando gli occhi, vi si vedeva l'albuginea un po' ingiallita. Sotto la pelle si trovava una discreta quantità di pannicolo adiposo, e la musculatura molto sviluppata e ben conservata. Aveva il polso a 90 circa, duro, teso; la respirazione un po' affannosa e breve a 40, e ciò non per altro che pel dolore che provava l'infermo nei movimenti d'abbassamento del diaframma e di spostamento del tumore; movimenti d'altronde necessari alla respirazione, più che negli altri individui, nei vecchi per la poca elasticità delle loro pareti toraciche. La temperatura dell'infermo era poco al disopra del normale.

Considerate le qualità del tumore e i sintomi presentati dall'infermo io feci diagnosi di ascesso del fegato, riserbandomi poi d'avere una conferma alla mia diagnosi nella puntura del tumore.

Al momento credetti di non dover seguire che l'indicazione sintomatica, e allo scopo di far diminuire l'intenso dolore, che il malato sentiva alla regione epatica, e che io riteneva prodotto da una congestione del parenchima del fegato circostante all'ascesso, non che da un certo grado di peritonite parziale nei contorni dell'ascesso stesso, prescrissi un'applicazione di sanguisughe all'ano, ed una bevanda lassativa per uso interno.

Alla visita della sera trovai l'ammalato nelle stesse condizioni, il dolore però lo molestava meno, e tollerava meglio il palpamento e la compressione del tumore, che pareva un po' diminuito di volume. Tossiva spesso ed emetteva escreati di muco bianco giallastro piuttosto scorrevole: la respirazione era meno affannosa, e mostrava giusto il concetto di averla ritenuta tale in rapporto all'intensità del dolore. Non aveva avuto alcuna scarica alvina, ed aveva emesse urine più abbondanti, di colore giallo bruno, contenenti una piccola quantità di bile. Si fece ripetere la bevanda ed applicare un cataplasma all'addome.

Il giorno appresso, 17 Aprile, lo stato dell'infermo non presentava differenza dalla sera antecedente. Si prescrisse la stessa bevanda e il cataplasma.

Il 18 detto, la mattina, avendo trovato l'infermo

Digitized by Google

in discrete condizioni, perchè il dolore era diminuito anche più e tutti gli altri sintomi di conserva mitigati, ed avendo osservato che la pelle su quel punto rammollito del tumore si era assottigliata anche di più, pensai che fosse giunto il momento opportuno di aprire il tumore. A tal uopo pregai l'egregio mio collega Dott. Ciriaco Sfrappini Chirurgo Primario di questa Città ad essermi cortese dell'opera sua. Dimostratogli il concetto che io mi era formato di questa malattia e del tumore in ispecie, esso divise perfettamente la mia opinione circa l'opportunità di aprirlo, e preso un tre quarti da saggio lo impiantò nel centro del punto fluttuante. Ritirata l'asta del trequarti si videro colare dalla cannula alcune goccie di un pus giallo-verdastro, piuttosto denso. Non rimaneva più alcun dubbio che non si trattasse di una raccolta di pus, e difatti dilatata l'apertura mediante un bistouri sino alla dimensione di 3 in 4 centimetri, cominciò a sgorgare una copiosa quantità di pus della suddetta qualità, ora però prosciolto e scorrevole, ora denso cremoso e quasi viscido. Le inspirazioni profonde e la tosse favorivano lo sgorgo del pus e questa prima volta se ne potè raccogliere la quantità di grammi 300 circa. Oltre le notate qualità questo pus aveva un odore speciale molto analogo a quello dell'acido fenico. Esplorata la cavità dell'ascesso mediante una candeletta si penetrava quasi in ogni senso alla profondità di 10 in 12 centimetri, ed intorno al punto superficialmente rammollito le *pareti dell'ascesso* parevano formate dal parenchima del fegato. L'infermo soffrì un poco durante lo svuotamento dell'ascesso, ma terminato questo disse anzi di sentirsi sollevato in gran parte da quell'affanno che provava nel respirare. Fu lasciato entro il cavo dell'ascesso un tubetto da drenaggio, sporgente e fissato all'esterno, al quale venne sovrapposto un apposito apparecchio.

Io non istarò qui a fare un diario esatto dell'andamento di questa malattia, e citerò soltanto le fasi principali, che percorse sino al momento della morte.

Dopo che fu aperto e svuotato l'ascesso le marcie continuarono a fluire abbondanti per due giorni, al terzo cominciarono a diminuire, e le condizioni dell'infermo erano in complesso migliori; prendeva epicraticamente una decozione di china, e gli s'era concessa una dieta più generosa non esclusa una piccola quantità di vino; ma il quarto giorno dall'apertura del tumore (22 Aprile) fu preso dopo la visita del mattino da brividi, ai quali tenne dietro un freddo intenso, che lo fece tremare per più di due ore, finchè sviluppatosi un calore forte con tendenza all'assopimento, si ebbero tutti i fenomeni di un grave accesso febbrile, di una febbre insomma da assorbimento.

Alla visita della sera lo trovai ancora sotto l'accesso nel periodo del calore; aveva vomitato più volte, e fra le materie del vomito l'infermiere aveva veduti due lunghi lombrici; altri simili aveva emessi per secesso insieme alle materie fecali. Prescrissi una forte dose di solfato di chinina, da somministrarsi immediatamente d'ora in ora. Ricercato il chirurgo che aveva fatta la solita medicatura, mi disse che le condizioni dell'ascesso non erano mutate per nulla, e soltanto persisteva la scarsezza delle marcie, le quali presentavano tuttavia i soliti caratteri.

Il giorno dopo alla visita del mattino l'infermo era sfebbrato, l'accesso era finito con pochi sudori, e l'aveva lasciato in uno stato d'abbattimento straordinario. Nessuna modificazione nell'ascesso, che continuava a dar marcia in pochissima quantità, sottile, scorrevole. Fu prescritta un'altra dose di solfato di chinina come quella somministrata il giorno innanzi, e si tornò alla dieta più larga col vino.

L'accesso non si ripresentò per quel giorno, e sospeso il chinino si ricorse di nuovo alla decozione di china presa epicraticamente durante la giornata.

Per un'intera settimana le cose procedettero a questo modo, e le condizioni dell'infermo migliorate lasciarono qualche speranza. L'egregio mio Collega, inteso con me, aveva cominciato a fare dell'iniezioni d'acqua pura tiepida nel cavo dell'ascesso, coll'intenzione di passare poscia a qualche iniezione detersiva o colla tintura di iodio o col percloruro di ferro, quando un giorno d'improvviso, e fu appunto l'ultimo del mese di Aprile, il malato venne preso da un nuovo accesso di febbre a freddo, con tutti i sintomi presentati la prima volta. Come allora fu somministrato il solfato di chinina, fu più volte ripetuto, ma tutto inutilmente; gli accessi si succedettero l'uno all'altro, finchè l'infermo cadde in uno stato di coma deciso, al quale s'associò ben presto una paralisi dei bronchi, che fu la causa ultima della morte.

L'autopsia fu praticata da me, in unione al sullodato dottor Sfrappini, 24 ore circa dopo la morte dell'infermo.

Mediante un taglio in croce fatto all'altezza dell'ombellico si aprì la cavità dell'addome, dalla quale escì una piccola quantità di siero limpido giallo-verdastro, ma quando si fu per allontanare la parete del quadrante superiore destro, si trovò che questa aveva contratte forti aderenze attorno allo sbocco dell'ascesso, ed altre meno resistenti in corrispondenza di tutto il tumore e delle parti contigue. Il tumore appariva formato dalla parte inferiore del lobo destro del fegato, e si continuava nel sinistro, mentre l'apertura comunicante col cavo dell'ascesso corrispondeva circa alla fessura epatica all'esterno del legamento rotondo del fegato; la capsula del Glisson era sparsa di placche pseudo-membranose, e tutte le parti vicine, stomaco, grande omento, colon trasverso, erano sal-

Digitized by Google

date fra loro da essudato fibrinoso. Per dominare meglio l'ascesso e vedere in quale parte precisa del fegato si fosse formato, si pensò di mettere allo scoperto tutto il fegato, togliendo le coste che lo ricoprivano col diaframma corrispondente, e di isolarlo per portarlo fuori dall'addome senza guastare le pareti dell'ascesso. Così fu fatto, e nel capovolgere il fegato per spaccare la cavità dell'ascesso, che s'insinuava sotto la sua faccia posteriore, quale non fu la nostra meraviglia nel trovare che l'ascesso non penetrava nella sostanza del fegato, ma che era soltanto aderente alla faccia concava di questo. Esaminato il pezzo con ogni attenzione rilevammo, che l'ascesso occupava il posto, che normalmente tiene la cistifellea la quale era affatto scomparsa; distaccando poi con delicatezza la parete dell'ascesso dalla massa del fegato si trovò, che questa era intatta e coperta della rispettiva capsula glissoniana, le pareti dell'ascesso aderivano al fegato fino alla fessura epatica, nè il condotto coledoco, nè il cistico poterono seguirsi nella dissezione, perchè confusi fra gli essudati che contornavano l'ascesso. Il fegato era di volume maggiore del normale; al taglio presentava una superficie giallo-rossastra, che lasciava sgorgare poco sangue misto a bile. In tutto il parenchima del fegato non si riscontrò un sol punto suppurante. La milza estratta pure dalla cavità del ventre era voluminosa, pesante, rammollita fino allo spappolamento.

Aperta la cavità del torace anche le pleure contenevano siero in poca quantità; i bronchi erano ripieni di muco spumoso, e nella parte posteriore dei polmoni esisteva un certo grado d'ipostasi. Il cuore era un po' ingrossato, integro negli apparecchi valvolari.

Il cranio non fu aperto; nel rimanente non si trovò nulla di rimarchevole.

Dal risultato della necroscopia, che io ho qui per sommi capi riferita, apparisce senz'altro che la diagnosi fatta durante la vita dell'infermo non fu precisa, e vi fu errore sulla sede dell'ascesso, e sul punto nel quale erasi venuto successivamente formando.

Ma domando io, era egli possibile, quando l'infermo si presentò alla mia osservazione, fare diagnosi di colecistite suppurativa, e differenziare quest'ascesso da quelli che con una certa frequenza si formano nella sostanza del fegato? Esponendo le considerazioni che mi guidarono a formulare quella diagnosi, spero dimostrare il contrario, e ciò non già per vanagloria o per pretesa d'infallibilità, ma per istabilire sempre più la massima, che in alcuni casi la diagnosi esatta è impossibile; di tale opinione è pure l'Henoch, il quale nella sua clinica delle malattie dell'addome parlando dell'infiammazione della cistifellea assicura, che la diagnosi di questa malattia è possibile soltanto in circostanze affatto speciali (1).

La prima idea che si affacciava alla mente osservando il tumore presentato da quell'individuo nel quadrante superiore destro dell'addome in corrispondenza dell'ipocondrio e immediatamente al disotto del bordo costale, era che si trattasse di un tumore prodotto da un'alterazione del fegato o dei suoi annessi; stando poi ai caratteri che offriva il tumore a prima vista, tre erano le alterazioni probabili, alle quali poteva essere attribuito, cioè una semplice distensione della cistifellea, un echinococco del fegato, un ascesso del medesimo.

La prima di queste alterazioni però poteva presto essere esclusa: quantunque l'infermo non avesse avvertita la formazione di quel tumore, dai sintomi ch'esso esponeva riferibili al medesimo si poteva dedurre che la formazione stessa aveva avuto luogo lentamente, essendo incominciata almeno un tre mesi prima. La distensione semplice della cistifellea che avviene invece per un ostacolo meccanico, il quale si oppone al suo svuotamento e per lo più da calcoli, si compie rapidamente e talvolta quasi all'improvviso. Quando si tratta di una simile distensione il tumore ha limiti circoscritti, e sporge isolatamente al disotto del bordo costale in forma di pera, conservando cioè la forma della cistifellea, ingrandita soltanto dalla minore o maggiore distensione che ha subita; il tumore, è mobile e si può spostare colla mano, è tutto egualmente fluttuante, non duole spontaneamente, nè la pressione esercitata sul medesimo produce dolore o tutt'al più in minimo grado, la pelle che lo ricopre è normale, e non aderisce alla tumefazione sottostante. Nel nostro caso invece il tumore, sporgente in un punto di 4 dita trasverse dal bordo costale, veniva coi suoi lati, che occupavano una larga estensione, accostandosi sempre più al medesimo, sino a perdersi sotto di esso, e per tal modo formava un segmento di circolo, il cui arco sarebbe stato il limite inferiore, la corda il bordo delle coste; non era possibile spostarlo colla mano, e soltanto si abbassava e rialzava nei movimenti respiratori; era fluttuante in un punto assai limitato, e nel rimanente presentava la consistenza propria di un corpo solido; era causa e sede di vivi dolori per l'infermo, e non si poteva toccare senza che questi si esacerbassero; la pelle vi aderiva massime attorno al punto fluttuante, sul quale era assottigliata e alcun poco modificata di colore.

Esclusa per tal modo la prima delle tre menzionate alterazioni, rimanevano l'echinococco e l'ascesso del fegato, ed era a vedersi a quale dei due dovesse darsi la preferenza.

(1) Henoch. Klinik der Unterleibskrankheiten, III. Aufl. S. 56. Berlin. 1863.

Digitized by Google

Il tumore da echinococco e l'ascesso del fegato hanno in ogni caso fra di loro alcuni punti di analogia, che si riscontravano anche nel caso presente. La tumefazione non circoscritta, alla quale prendeva parte manifestamente il fegato, il lento sviluppo della medesima, il punto sporgente elasticamente fluttuante, il rumore che si avvertiva nei movimenti respiratori, potevano stare benissimo con un tumore da echinococco; ma con questo non istavano i disturbi che aveva sofferto l'ammalato durante il decorso della malattia, fra i quali precipui la febbre e il dolore alla regione del tumore, che di leggiero che era da principio, era venuto facendosi sempre più forte, e perdurava tuttora con grave molestia dell'infermo. Il tumore poi mancava di quell'elasticità particolare che presenta l'echinococco, massime se ha raggiunto un grosso volume, e percosso nella miglior maniera, qual è quella di posare sul tumore tre dita divaricate, percuotendo su quello di mezzo in modo che gli altri ricevano l'impressione della data percossa, non si sentiva affatto il cosiddetto fremito idatideo, che è perfettamente eguale a quello, che si prova percuotendo una poltrona a spirali elastiche.

Per tutto ciò anche l'echinococco doveva escludersi, e rimaneva solo l'ascesso del fegato, pel quale parlavano i dati positivi che ora verrò ripetendo: il tumore non era circoscritto, presentava un punto più prominente fluttuante, il contorno superiore di questo era duro, e presentava *la forma e dava la* sensazione del fegato gonfio ed indurito: sul punto prominente la pelle era aderente al tumore, assottigliata e di color rosso infiammatorio; lo sviluppo della malattia era stato lento datando almeno da quattro mesi, ed era stato accompagnato da febbri violenti e da intensi dolori, i quali continuavano spontaneamente, senza dire che alla pressione sul tumore si rendevano insopportabili. Ciò per quanto riguarda la località; pel rimanente l'aspetto dell'infermo era assai deperito, la nutrizione decaduta, e poteva stare benissimo in rapporto con una suppurazione determinatasi in un viscere tanto importante quanto il fegato.

Dunque anche per ciò che si rilevò al primo esame dell'ammalato era giustificata la diagnosi di ascesso del fegato; l'apertura poi dell'ascesso, lo sgorgo di abbondante quantità di pus giallo-verdastro, l'addentrarsi della cavità dell'ascesso stesso sotto la porzione dura del tumore, formata senz'alcun dubbio dal fegato tumefatto, parevano ulteriori dati a conferma della diagnosi fatta, e soltanto la necroscopia con risultato così inatteso poteva darci una formale smentita.

La inflammazione della cistifellea è malattia molto rara, e pochi casi se ne trovano citati da diversi autori; di quei pochi casi poi da me conosciuti non uno solo è terminato col produrre un'alterazione patologica del genere di quella osservata nel caso da me riferito. Graves (1) ne osservò due casi, nei quali durante la vita non vi fu che dolore locale, nausea, vomito e febbre senza tumefazione del fegato. Alla sezione la cistifellea apparve considerabilmente distesa e ripiena di una massa linfatica viscida, di color verde bruno, la quale aveva preso la forma della cistifellea stessa, ed era costituita senza dubbio da un essudato cruposo o difterico. Sotto quest'essudato la mucosa era arrossata e villosa. In altri due casi di colecistite osservati da Budd (2) la malattia presentò i fenomeni ordinari dell'epatite, eccettuata la tumefazione del fegato. Budd sostiene che per solito tali casi vanno a guarigione, e che tutto al più la cistifellea ne rimane più o meno modificata e cioè contratta o ingrossata; ma ben altre fatali conseguenze sono a temersi nella colecistite come vedremo nei casi, che saranno successivamente citati.

Petit (3) ebbe a curare una signora di 30 anni, che da molto tempo soffriva di violenti accessi di colica epatica, e che sotto uno di questi accessi, durato 6 giorni, presentò alla regione della vescica biliare un tumore molto teso e doloroso. Tumore e dolore svanirono dopo profuse evacuazioni biliose e purulenti; l'ammalata guarì, ma venuta a morte pochi anni dopo si potè constatare, che in quel caso si stabilì una comunicazione tra la cistifellea ed il canale intestinale.

Più grave fu il caso osservato da Andral (4) in un calzolaio di 31 anni. Quest'uomo dopo un forte disordine dietetico cominciò a sentire un dolore nella regione epigastrica, che si estendeva verso il lato destro, seguito il giorno appresso da itterizia; al settimo giorno della malattia si riscontrava già sotto la cartilagine dell'undecima costa un tumore piriforme mobile, che doveva ritenersi formato dalla cistifellea; sei giorni dopo sorse improvvisamente un dolore violentissimo alla regione epatica, che in breve si diffuse per tutto l'addome, rendendo insopportabile ogni pressione, e che produsse un rapido collapso, continuando sino alla morte dell'infermo. Alla necroscopia si trovò la mucosa del duodeno fortemente arrossata, le membrane del dotto coledoco considerevolmente ingrossate, ed il lume del medesimo obliterato; il dotto epatico, il cistico, e la cistifellea erano dilatati, e l'ultima proprio nel suo punto di riunione col dotto cistico perforata da un'apertura della capacità di un pisello.

Casi pressochè simili di rottura della cistifellea

(1) Dublin Journ. Nov. 1843.

(2) Die Krankheiten der Leber. Berlin 1846, S. 188 und 191.

(3) Vedi Henoch. op. cit.

(4) Clinique médicale 1.ª edit. IV. p. 495.

Digitized by Google

in seguito a distensione ed ulcerazione delle sue pareti, con successivo versamento del suo contenuto nella cavità dell'addome e peritonite letale, furono osservati eziandio da Andral (1) e da Rokitanski (2).

Frerichs (3) riferisce il seguente caso molto interessante di colecistite. Una signora di 34 anni, soggetta a coliche epatiche, vide svilupparsi sul bordo del fegato, all'esterno del muscolo retto, un tumore emisferico molto sensibile al tatto, e la cui apparizione fu accompagnata da una febbre molto gagliarda; questo tumore si estese in larghezza e in lunghezza, e a capo di alcune settimane scendeva a 1 ½ pollice al disotto della cresta iliaca, e sollevava le pareti addominali. A tal punto si potevano limitare coll'ispezione i contorni di quella tumefazione oblunga. L'appetito era completamente perduto, vomiti frequenti, evacuazioni rare però brunastre, color giallognolo della pelle e dimagramento notevole. Colla palpazione non si poteva far scorrere la parete addominale sul tumore, nè questo si spostava qualunque fosse la posizione presa dall'inferma. Si poteva dunque ammettere che esistessero delle aderenze, e siccome l'aumento rapido del tumore faceva temere una rottura, si praticò la puntura del medesimo. Sgorgò una grande quantità di bile brunastra mista a muco purulento, la tensione e la sensibilità diminuirono, cessò la febbre, e ritornò l'appetito. Lo sgorgo della bile continuò durante tre settimane, poi diminuì a poco a poco, e il liquido divenne sempre più mucoso sino a cicatrizzazione della fatta apertura. La malata guarì perfettamente. — Frerichs (4) cita un altro caso in cui per solo esito si ebbe la persistenza di tumore piriforme, liscio, consistente, che sporgeva di 2 ½ pollici al disotto del bordo inferiore del fegato. Non avendo questo tumore subito in quattro settimane alcuna modificazione, e trovandosi l'inferma bene pel rimanente, venne licenziata dall'ospedale.

Un altro bel caso d'infiammazione della cistifellea è quello osservato da Pepper (5), che riporterò qui per ultimo. Un uomo di 26 anni in seguito ad una febbre biliosa trattata col mercurio sino alla salivazione aveva cominciato a sentire dei dolori nella regione ipocondriaca destra, i quali andarono gradatamente crescendo; all'esame locale si riscontrava un tumore resistente, che lentamente s'accrebbe, divenne elastico ma senza fluttuazione. A ciò s'aggiungeva dimagramento, diarrea, febbre etica senza itterizia. Avendo il tumore, dopo un paio di mesi circa, raggiunta in basso le cresta iliaca destra, si punse con un tre quarti da saggio, e se ne estrassero 2 o 3 oncie di un liquido muco-purulento. Mentre si procurava coll'applicazione della potassa caustica di determinare delle aderenze per venire poscia ad un'apertura decisiva del tumore, il tumore stesso presentò un suono timpanico, la diarrea aumentò, scemarono le forze, e sopravvenne la morte. Alla necroscopia si trovò il dotto cistico completamente obliterato da pseudo-membrane, mentre l'epatico e il coledoco erano perfettamente liberi; la vescica biliare enormemente distesa, contenente un liquido giallo, purulento, misto di bile e di essudato fibrinoso; le pareti della vescica stessa in alcuni punti dello spessore di un quarto di pollice, la mucosa ulcerata e necrotica.

Nei pochi casi quivi raccolti notiamo, che quantunque si trattasse in tutti del medesimo processo determinato dalle stesse ed analoghe cause, in ciascuno si può dire si ebbe un esito di diversa forma. In ciascuno però di questi vari esiti abbiamo riscontrato un carattere comune, la formazione del pus e di essudati infiammatori, e l'alterazione più o meno profonda delle pareti della cistifellea, procedendo sempre dall'interno all'esterno, dalla mucosa agli altri strati che costituiscono le dette pareti.

Questo carattere comune si riscontrò pure nel caso da me narrato, ove fuvvi copiosa produzione di pus, e distruzione tale delle pareti della cistifellea da farle scomparire affatto o da renderle almeno irreconoscibili: laonde mi pare non possa cader dubbio sulla qualità del processo, che ebbe luogo nel caso presente, e sull'esattezza nel qualificarlo una *colecistite suppurativa con formazione di ascesso.*

A chiarire meglio le cose parmi nullameno opportuno il cercare di farsi un'idea del modo, in cui venne svolgendosi e giunse a compimento il processo produttore dell'esito riscontrato alla necroscopia.

E cominciando dalla causa della colecistite, la più frequente di tutte è la formazione di calcoli nella vescica biliare, potendo questi col loro semplice contatto irritare le pareti della vescica, o inoltrandosi nel condotto cistico obliterarne completamente il lume, e dar luogo allo stesso effetto per doppia via, cioè per l'impedito svuotamento della cistifellea, e per l'irritazione che dalle pareti del condotto può estendersi a quelle della vescica. Altra causa di colecistite può essere la diffusione di un processo infiammatorio dal duodeno pel coledoco alle vie biliari. Malattie generali d'infezione possono pure dare origine ad una colecistite, così per esempio le febbri tropicali, le febbri da malaria, il tifo, la piemia, come osservarono Blane, Boyle, Haspel, Frerichs, ma io credo molte volte anche in questi casi si

(1) Op. cit.
(2) Lehrbuch der pathol. Anatomie S. 283.
(3) Traité pratique des maladies du foi. Paris 1862 p. 688.
(4) Loco citato.
(5) Schmidt's Jahrb. 1857 III. S. 321.

Digitized by Google

trattasse di una diffusione del processo irritativo dal canale intestinale ai condotti biliari, senza perciò voler escludere un'affezione primitiva di questi ultimi in rapporto diretto coll'infezione generale. Per ultimo si può citare come causa probabile di colecistite la migrazione di ascaridi lombricoidi dagli intestini nelle vie biliari. Ognuno sa che i lombrici, quando non hanno ancora raggiunto il loro completo sviluppo, emigrando verso l'alto possono introdursi nel canale coledoco e da questo passare nell'epatico, nel cistico e nella cistifellea. Fauconneau-Dufresne (1) riferisce un caso, in cui oltre all'aver trovato nel canale coledoco un calcolo biliare, che aveva per nucleo un lombrico diseccato, si rinvennero altri 30 vermi nelle divisioni molto dilatate dei canali biliari. Più classico ancora, e più all'uopo è il caso descritto da Lebert (2), nel quale una schiera di lombrici introducendosi pel coledoco invasero letteralmente le vie biliari ed il fegato, producendo nella mucosa di quelle infiammazione con essudato difterico, ed ascessi multipli nel parenchima epatico.

Ora vediamo delle cause enumerate quale possa avere agito nel caso nostro. Dall'anamnesi, per quanto incompleta essa siasi, non risulta che il Cerboni soffrisse mai di disturbi attribuibili a coliche epatiche per presenza di calcoli nelle vie biliari, non risulta nemmeno che andasse soggetto ad infiammazione del tubo gastro-enterico, le cui funzioni si compierono regolarmente sino agli estremi di vita, se si eccettui una certa inappetenza e un po' di stitichezza. Rimangono le malattie d'infezione e le immigrazioni di vermi nelle vie biliari; l'una e l'altra di queste cause sono possibili, perchè il nostro infermo fu affetto da febbri da malaria, anzi con queste cominciò la sua malattia, e soffrì pure di vermi, i quali se risalirono sin nello stomaco in modo da dovere essere espulsi per vomito, potevano eziandio essere penetrati nel coledoco e negli altri canali biliari. Ma nei casi, nei quali avvenne una simile immigrazione, i vermi stessi o conservati interi, o alterati in modo da essere però riconosciuti, furono trovati o nei canali suddetti, o negli ascessi cui diedero luogo. Pertanto in questo caso nè fra le marcie estratte dall'ascesso mediante l'apertura artificiale, nè fra quelle che fluirono successivamente dall'apertura stessa, nè nella cavità dell'ascesso all'atto della sezione, nè nelle parti contigue si osservò traccia alcuna di vermi. Dunque soltanto dall'infezione da malaria, alla quale sono riferibili le febbri terzane, onde ammalò dapprima il Cerboni, è da ripetersi la produzione di quel processo infiammatorio delle vie biliari. Oltre i citati autori, i quali asseriscono di avere osservati casi di colecistite consecutivi alle menzionate malattie da infezione, fra cui le febbri da malaria, anche l'Henoch (1) enumera queste ultime fra le cause della infiammazione della cistifellea.

Sappiamo d'altronde che le campagne, che stanno attorno alla città d'Orvieto, estendendosi pel piano fiancheggiato dal torrente Paglia sono dominate più o meno dalla malaria, massime poi nella stagione, che tiene dietro alla macerazione della canape coltivata nel piano stesso; per cui casi d'intermittenti e gravi e ostinate si osservano in ogni stagione fra la popolazione rurale, più numerosi nella stagione suddetta, nella quale non manca eziandio qualche caso di perniciosa.

Ora il Cerboni passava la propria vita lavorando in queste campagne, e poteva aver benissimo contratto un'infezione di malaria, che oltre la febbre avesse determinato il processo, che fu poi causa della sua morte. Che nel Cerboni vi fosse stata un'infezione di malaria lo mostrava pure l'ingrossamento del fegato o della milza. Il primo, che fu uno dei dati che valse di più a farci errare nella diagnosi, non era in rapporto colla malattia della cistifellea, perchè all'autopsia nel fegato non si rinvenne traccie di processo infiammatorio, ma solamente uno stato d'ipertrofia dei suoi elementi, dovuto senza fallo alle ripetute congestioni, cui fegato e milza vanno soggetti negli accessi delle febbri intermittenti. Nè io qui mi proverò di dimostrare, come in questo soggetto la causa, che in tanti altri produce semplicemente le febbri intermittenti e le notate ipertrofie dei visceri ipocondriaci, produsse un'ulteriore e sì grave infermità, ritenendo per certo che tali diversi effetti prodotti dalle medesime cause siano in rapporto con certe disposizioni particolari di ciascun individuo, che a noi non riesce d'indagare e di definire.

Procurerò piuttosto di dare un'idea dell'andamento, che tenne il processo infiammatorio in questione per giungere all'esito non comune, che fu trovato alla necroscopia.

Per ispiegare la raccolta considerevole di pus formatasi nel cavo della cistifellea è necessario ammettere, che il processo flogistico oltre la membrana mucosa della cistifellea stessa, attaccasse fin da principio anche quella del condotto cistico e vi producesse tali modificazioni, da rimanerne il lume completamente obliterato. La bile contenuta nella vescica, parte venne assorbita da quelle porzioni delle sue pareti, che non erano ancora state attaccate dalla flogosi, parte si mescolò al-

(1) Traité de l'affection calculeuse du foie. Paris 1851, p. 104.

(2) Traité d'anat. path. gén. et spec. Paris 1857 etc. I. p. 412.

(1) Op. citata p. 58.

Digitized by Google

l' umore separato dalla mucosa già infiammata, e composta quindi di siero, di cellule epiteliali e di essudato fibrinoso: a questa mescolanza della bile col pus dell' ascesso, compiutasi in modo da non poter poscia riconoscere in questo la presenza di quella, io attribuisco quell' odore speciale empireumatico, che dal pus medesimo emanava.

Per l' obliterazione del dotto cistico, e pel successivo aumentarsi del prodotto morboso nell' interno della vescichetta, questa avrà subita una graduata e crescente distensione. Laonde può ritenersi certo, che a un dato punto del decorso della malattia, quando la cistifellea aveva raggiunto un grado considerevole di distensione senza avere però contratto aderenze, nè colle parti contigue sottostanti, nè colle pareti dell' addome: avendo esaminato diligentemente la località, ove l'infermo accusava il dolore, si sarebbe riscontrata una tumefazione sporgente al disotto del bordo inferiore del fegato, isolata, elastica, fluttuante e di forma tale, da poter mettere sulla via di una diagnosi certa; ma fino a che l' infermo entrò all' ospedale non era mai stato praticato su di lui un esame fisico.

La tensione sempre maggiore delle pareti della cistifellea per l'accumularsi di una maggiore quantità d' umore nel suo interno avrà aggravato le condizioni del processo morboso che le attaccava, per cui dalla membrana mucosa interna si sarà diffuso alla cellulo-fibrosa esterna, e da questa alla lamina del peritoneo, che la ricopre anteriormente e in basso, non che a quella su cui posa posteriormente, assumendo per tal guisa l' andamento di un processo ulcerativo, onde ne venne la distruzione delle pareti della cistifellea, l'aver perduto l' ascesso la forma caratteristica delle raccolte della cistifellea stessa, e l' essersi portato il pus sino a contatto della cute dell' addome, la quale a sua volta sarebbe stata distrutta, se il processo si fosse lasciato a sè, e se non si fosse prevenuto un tale esito mediante l'apertura artificiale.

Questa, a mio avviso, è l' epicrisi più razionale, che possa darsi del caso di colecistite offertasi alla mia osservazione; e da quanto finora ho esposto parmi eziandio di poter venire alle seguenti conclusioni.

1.ª La diagnosi della colecistite non si può fare che in un dato periodo del suo decorso, vale a dire quando le pareti della cistifellea non hanno ancora subito tale alterazione, da togliere al tumore colecistico la forma speciale caratteristica, che solo può mettere sulla via della diagnosi.

2.ª In ogni caso, sia il più ovvio, il medico non deve trascurare di sottomettere l' infermo ad un esame fisico diligente, dal quale può risultare il complicarsi della malattia fondamentale con un processo localizzato, che in seguito può assumere maggiore gravezza di quella che ha la malattia suddetta, e questa pratica tanto più dovrà osservarsi, se l' infermo accusa con insistenza un dolore fisso in una data località.

3.ª Riconosciuta la presenza della colecistite mediante l' esame fisico praticato a tempo opportuno, cioè quando il processo ulcerativo non ha ancora attaccato le pareti della cistifellea, allora solamente può aver luogo una cura antiflogistica razionale, che impedisca il progresso della malattia, ed eviti un esito funesto.

Due fatti che infirmano il valore diagnostico del rientramento sistolico

PEL DOTTOR

ERCOLE GALVAGNI.

Il rientramento sistolico della parete toracica in corrispondenza della punta del cuore, il così detto *segno di Skoda*, è dato dai trattatisti di diagnostica quale indizio sempre, ed il più certo, di aderenze pericardiali, però non unico e costante. Le condizioni necessarie, secondo quegli autori, allo sviluppo del fenomeno sarebbero tali, da renderlo assai raro anche a completa aderenza delle due lamine del pericardio; infatti occorrerebbe per soprappiù, secondo Skoda, che la base del cuore fosse fissata alla colonna vertebrale, e che questa fosse pure immobilmente fissata alla parete toracica per concrezione del pericardio colla medesima.

Nella Clinica del Prof. Concato ho potuto riscontrare in due infermi un rientramento sistolico distintissimo della punta del cuore, o meglio della località che suol corrispondere a questa, senza che le necroscopie abbiano mostrate delle aderenze pericardiali, nè le altre lesioni notate sopra, esistendo in ambedue una insufficienza delle semilunari dell' aorta. Questi due fatti, che qui di seguito esporrò in riassunto, non mi sembrano sufficienti a distruggere per intero il valore clinico, che gli autori hanno finora aggiudicato a questo fenomeno; ed anzi ammetto di buon grado che esso in un dato numero di casi possa effettivamente dipendere da aderenze pericardiali, sebbene non mi sia mai accaduto di imbattermi in tali contingenze, poichè è secondo ragione il rapporto fra questa alterazione anatomica ed il fenomeno stesso. Ma dopo questi due casi non può a meno che non cada sospetto nella nostra mente sulla bontà della spiegazione data dagli autori al rientramento sistolico; e mi sentirei di chiedere, se là dove fu osservato il coesistere della sinfisi pericardiale col rientramento sistolico, non vi fos-

Digitized by Google

sero altre lesioni nel cuore, da cui quello avesse potuto dipendere. Ciò sia detto in via di semplice dubbio, non avendo fra le mani, da sottoporre alla critica, la descrizione dei fatti, su cui prese appoggio la teoria.

1.° **Caso.** — Nel mattino del 23 Maggio si presentò all'Ambulatorio Clinico un certo Zanoni Antonio di Bagnacavallo, d'anni 32, birocciaio. Raccontava di essere stato sempre in buona salute fino al 1866. In quest'epoca si arruolò nei volontari, e trovandosi a Barletta, dove il vino era a buon prezzo, si ubbriacava più volte nella giornata: da questo punto datano i suoi disturbi, consistenti in qualche difficoltà di respiro, la quale poi crebbe assai più nelle faticose marcie sulle montagne del Tirolo. Intanto venne insorgendo la tosse, e si faceva abituale, e così i fenomeni aumentarono grado grado fino al dì d'oggi.

L'esame fatto dall'assistente dottor Borsini, dallo studente Riva e da me, fu eseguito tenendo l'infermo ora in piedi ora seduto; non fu completo nè lungo, atteso il suo malessere e la poca pazienza: d'altronde nulla indicava una fine sì prossima, e s'intendeva solo di raccogliere alcuni fenomeni come guida ad un abbozzo di diagnosi.

Individuo di altissima corporatura, ben proporzionato e robusto; faccia triste, occhio truce; grande difficoltà di respiro. Torace ben conformato, cicatrici di sanguisughe sull'aia cardiaca; invece del battito della punta scorgevasi al 6.° spazio intercostale lungo la linea mammillare un manifesto *rientramento sistolico;* le vene del collo nè gonfie nè pulsanti. Appoggiando il pollice sulle carotidi si percepiva un lieve fremito vibratorio. La percussione, che fu fatta molto grossolanamente, offrì aumento dell'aia cardiaca. Alla ascoltazione i toni sulla mitrale e tricuspidale abbastanza netti, ma deboli; sull'orifizio aortico un soffio diastolico assai dolce e leggiero.

Si fece diagnosi di *insufficienza delle semilunari dell'aorta* di grado lieve, unita a *sinfisi pericardiale* quasi completa, residuo di antica pericardite, cui si suppose diretta l'applicazione di sanguisughe, della quale restavano le traccie.

Posto in letto l'infermo, non si potè continuare l'esame, perchè si mostrò molto annoiato ed impaziente. — Alla visita vespertina puls. 92, resp. 36, temp. 37; respiro rumorosissimo, tosse con difficile separazione di sputo scorrevole e spumoso; all'ascoltazione rantoli umidi e russi posteriormente alla base dei pulmoni; sudore copioso per tutto il corpo; notevole grado di edema alle estremità inferiori, e massime ai malleoli; il fegato non oltrepassava l'arco costale. — Il giorno seguente morì all'improvviso nelle ore pomeridiane.

Necroscopia. — Polmoni di aspetto normale; antiche aderenze pleuritiche a sinistra posteriormente. Sacco pericardiale all'esterno perfettamente normale; nell'interno non *essudati*, non *aderenze;* una sola chiazza bianco-argentina, liscia, non rilevata, nell'esocardo in corrispondenza del ventricolo destro. Cuore aumentato di volume in modo uniforme; le pareti del ventricolo destro piuttosto grosse, la valvola tricuspidale normale, l'orifizio pure; la cavità del ventricolo sinistro molto *ampia*, le pareti piuttosto sottili, le trabecole floscie, schiacciate e nastriformi, normali l'orifizio e la valvola mitrale. La porzione ascendente dell'aorta offre la sua interna superficie rugosa ed ineguale per placche giallognole confluenti, le quali producevano un raggrinzamento delle tonache; l'orifizio aortico di ampiezza normale; le tre semilunari hanno il loro orlo aderente un po' rigido, l'orlo libero in due di esse è raccorciato ed ingrossato, in complesso permettono il reflusso dell'acqua dall'aorta al ventricolo, quindi sono insufficienti.

2.° **Caso.** — Brighenti Cesare di Bologna, d'anni 57, fruttaiolo, entra nella Clinica Medica il 1.° Luglio 1868.

Scarse ed incerte le notizie anamnestiche.

Respiro molto penoso, sublime, con rientramento inspiratorio degli archi costali; maggiore dilatazione inspiratoria del torace a destra che a sinistra; alla percussione poster. matità di suono nei due terzi inferiori del torace destro con rantoli umidi a grosse bolle; a sinistra il suono della percussione è normale, e si ascolta il murmure respiratorio esagerato con rantoli. — Leggera convessità anteriormente a sinistra fra la 3.ª e la 5.ª costola; battito del cuore ben distinto nel 4.° spazio intercostale, all'interno della papilla mammaria, un po' meno distinto nel 6.°, e costituito da un manifesto *rientramento* dei due spazi indicati. La percussione fa rilevare un aumento dell'area cardiaca. Alla ascoltazione sulla punta si odono i toni pressochè normali; procedendo verso l'alto in senso diagonale comincia tosto a sentirsi un lontano rumore di soffio diastolico, il quale presenta il suo massimo di intensità sul mezzo dello sterno a livello della 3.ª costola; quivi il primo tono non è nitido, e quasi potrebbe dirsi un rumore. Le giugulari gonfie, le carotidi pulsanti con veemenza, con fremito tattile alla più lieve pressione del dito, pulsanti pure tutte le grosse arterie degli arti. — La palpazione e la percussione del ventre dimostrano un forte ingrandimento del fegato con margine duro. Edema considerevole degli arti inferiori, ad onta del quale si scorge il pulsare della pedidia. Il colorito della cute è pallidissimo.

Nei primi giorni di degenza in Clinica non ebbe febbre, e solo di tratto in tratto era molestato da lunghi e penosi accessi di dispnea, per sollevarsi dai quali era costretto ad uscire di letto; tosse poca, con iscarso escreato costituito da masse globose, dense, di color giallo-verdastro e giallo-

Digitized by Google

rossigno. Poco appresso la voce gli si fece floca; l'edema degli arti inferiori progredì in alto; le orine, che dapprima non contenevano albume, ne presentarono delle traccie; si formò una scarsa raccolta di liquido nel peritoneo. — L'8 Luglio ebbe tre accessi dispnoici della durata circa di ¼ d'ora per ciascheduno; il polso si fece piccolo e compressibile. Nei giorni seguenti gli accessi crebbero di frequenza, lo sputo divenne sanguigno, turgido l'albero venoso, il polso di nuovo vibrato, e dopo un aggravamento di tutti i sintomi avvenne la morte il 16 Luglio.

Necroscopia. — Completa aderenza dei due fogli pleurali di destra, con pseudo-membrane imbebevute di siero; aderenze pure nella pleura sinistra, ma in estensione minore, con contenuto di poco siero citrino. Pulmone destro edematoso nei due lobi superiori, con molti infarti nell'inferiore; pulmone sinistro come il destro, però con un solo infarto verso la base. — Pericardio esternamente normale; nell'interno *nessuna aderenza* fra le due lamine, pochi grammi di siero citrino; alcune briglie grosse, di data antica, saldavano fra loro l'arteria aorta e la pulmonare, senza prendere attacco sul foglio libero del pericardio. La punta del cuore è formata per ⅔ dal ventricolo sinistro; contro lo sterno sta quasi esclusivamente la superficie anteriore del ventricolo destro. La cavità di questo è resa angusta per lo sporgere del setto entro di essa, tutto il resto è normale. La cavità del ventricolo sinistro è molto ampia, i muscoli papillari e le trabecole ipertrofiche, la mitrale sana. Le tre valvole semilunari dell'aorta sono dure ed a superficie molto irregolare, e presentano l'orlo libero ingrossato e di aspetto granuloso, l'orlo aderente non indurito. Le pareti dell'aorta inelastiche, qua e là resistenti, cascanti; la superficie interna in istato di avanzata ateromasia.

Accettando come vera la teoria di Kiwisch sul battito della punta del cuore, secondo la quale questo dipenderebbe dall'*indurimento o maggior convessità sistolica della punta* stessa, non saprei intendere il fenomeno del rientramento sistolico in questi due casi, che ammettendo che la punta del cuore non fosse più a contatto colla parete toracica, od almeno si distaccasse dalla medesima durante la sistole. Tale fatto potrebbe succedere in due guise, o per una specie di rotazione del cuore sul proprio asse, pel quale si perdessero i contatti normali di questo viscere colla parete toracica; oppure per un'abnorme e forte convessità del ventricolo sinistro data dal cresciuto spessore della sua parete, ma specialmente dall'enorme ampliarsi della sua cavità, per cui il cuore assumesse una forma quasi sferica con conseguente allontanamento della sua punta dalla parete del torace. La possibilità del primo supposto nelle cardiopatie è stata messa in luce dal Prof. Concato in una sua storia di triplice viziatura del cuore (1), dove dimostra che le viziature cardiache producono dei mutamenti topografici del viscere (i quali per conto loro possono rendere ristretti gli orifizi, e produrre dei rumori, che poi possono scomparire, quando il cuore riprenda una posizione normale). Per questa maniera di spiegazione, sebbene possibile, mancano nella descrizione dei casi i punti di appoggio. — Il secondo supposto trova fondamento nel fatto della esistenza della ipertrofia e dilatazione del ventricolo sinistro, che quivi esisteva. Solo resta difficile a spiegarsi, come avverandosi così di frequente la ipertrofia del detto ventricolo nella insufficienza delle semilunari aortiche, il fenomeno del rientramento sistolico non sia mai stato notato dagli osservatori, mentre il punto preciso del battito della punta è cercato con ogni diligenza nelle cardiopatie da ogni medico un po' addestrato nella diagnosi fisica. Sarebbe esso mai un sintoma transitorio, che si presentasse solo nelle ultime giornate della vita, quando alla ipertrofia delle pareti, che è data dalla natura a mo' di compenso per superare i maggiori ostacoli che incontra la funzione circoiatoria pel fatto della indicata cardiopatia, succede la dilatazione della cavità, che indica lo stremo delle forze della muscolatura del cuore?

Un fatto di fisiologia cardiaca, che non va taciuto, e che deve giocare una parte, se non tutta forse come pretendono alcuni, nella produzione del battito della punta, è il dislocarsi del cuore in basso durante la sistole dei ventricoli per l'istantaneo riempirsi, ampliamento ed *allungamento*, dell'aorta ascendente e della polmonare. La elasticità delle pareti di queste due arterie è condizione necessaria onde questo avvenga; epperò nei casi in cui esiste ateromasia estesa dell'aorta, come nei due descritti, o non accade il dislocamento in basso, oppure il viscere può subire un dislocamento in un altro senso, da cambiare durante la sistole i consueti rapporti del cuore colle parete toracica.

Quale di queste cause sia la vera, io non so deciderlo, nè se assieme collimino a produrre il fenomeno, o ve n'abbiano altre ancora che io non sia giunto a discoprire; poichè essendo il rientramento sistolico piuttosto raro, e per contrapposto abbastanza frequenti le alterazioni rilevate nelle due necroscopie, è da credere che un intreccio complicato di cause vi contribuisca.

---

(1) Triplice viziatura cardiaca; stringimento dell'orifizio venoso sinistro, insufficienza delle valvole semilunari aortiche, insufficienza della tricuspidale. — *Rivista Clinica*, N. 12, 1866.

Digitized by Google

Contributo alla sintomatologia della trombosi dei seni cerebrali

pel Dottor O. Heubner, Assistente alla Clinica Medica di Lipsia (Arch. der Heilkunde, 1867. Hf. 5).

Sunto critico del Dottor L. CORAZZA

L'autore fa primamente una rivista storica, volendo dimostrare come un tempo non si ammettesse alcun segno caratteristico di questa malattia, più tardi come la trattazione ne fosse bene superficiale, e fa vedere come pei diversi lavori antecedenti poco si guadagnasse per la diagnosi, giacchè si accumularano e cercarono sintomi mediati e secondari invece di trovarne degli abbastanza immediati. Alcuni però han fatto sforzi per trovare dei sintomi specifici, quali il riempimento ineguale delle vene iugulari al collo, il forte riempimento della vena frontale corrispondente, la gonfiezza dolorosa sopra il processo mastoideo in seguito della trombosi degli emissari del Santorini; ma tali sintomi sono rari, vaghi e non bene sicuri, sì che i più han concluso tale diagnosi non potersi fare con tutta sicurezza, ed essere solo di probabilità. Così l'autore intende mostrare, che nell'anatomia patologica e nell'eziologia si sono acquistate grandi cognizioni, ma non così nella sintomatologia. Afferma doversi confessare, che la *incertezza è anche* assai grande, e finora è riuscito a pochi patologi, e a questi in alcuni casi piuttosto accidentalmente, di diagnosticare tale stato in vita, e si è progredito poco più che da *Tonnellé* in qua, poichè fino ad ora non si è trovato che un paio di sintomi, che additino direttamente alla trombosi dei seni. Riferisce poi un caso di trombosi di tali seni cerebrali osservato nel Jakobshospital di Lipsia, che ritiene altamente interessante ed assai istruttivo sotto molteplici rapporti.

Si fu in un uomo sui 30 anni entrato nell'ospedale nel 1867 coi sintomi di tisi polmonare, di lieve essudato pleuritico sinistro ecc. Più tardi comparvero segni di affezione renale, ed indi una certa corizza e congiuntivite, cefalea ed emorragie delle gengive. Crebbe l'affezione del sinistro polmone, la perdita delle forze, venne diarrea, e poscia edema ai malleoli, al dorso della mano, e più tardi cefalea limitata alla parte destra della fronte, che gli impediva di pigliar sonno; corizza, palpebre fortemente arossate, faccia tumida, ineguaglianza di pupille, la destra più stretta, e al margine interno dell'iride apparve una membrana sottile, grigia, irregolare; dolore all'occhio ed orecchio destro, forte edema della palpebra superiore destra, mentre la sinistra era al tutto libera; la pressione riusciva dolorosa al disotto dell'orecchio; poscia si staccò la membranella dal margine pupillare; vedeansi molto iniettate le vene dalla parte addolorata: mormorio e sordità all'orecchio destro solamente, leggera paresi soltanto nel nervo facciale destro, alterazioni nella loquela, lieve delirio, qualche movimento automatico, assai forte ptosi (che poi scomparve) solo a destra; per ultimo accessi di crampi, strabismo, erezione del pene ecc., e poscia sopore, carpologia, edema alla faccia, specialmente alle palpebre, e morte.

Alla necroscopia, oltre la lesione di tisi polmonare ecc., si rinvenne la dura madre fortemente tesa, iperemica, con emorragie alla superficie interna di sua convessità. Le vene della parte convessa del cervello, che sboccano nel seno longitudinale superiore, in gran parte ripiene di masse giallastre, sodo-molli; seno longitudinale superiore riempito in tutta la sua lunghezza da un grumo nella più parte giallo e striato di rosso, che si prolungava fino all'ingresso del medesimo nei seni trasversi parimenti otturati da un grumo rosso-grigio, internamente giallo e rammollito; gli altri seni alla base, specialmente anche i cavernosi, molto dilatati, nel destro un lungo grumo, che si prolungava nella vena oftalmica. Iniezione della pia madre, appiattimento dei giri cerebrali, iperemia della sostanza cerebrale con qualche emorragia ecc.

Sostiene l'autore come il caso fosse di diagnosi difficile e dubbia, ed ardua anche l'interpretazione sua dopo morte: ridursi il fatto ad una trombosi, che, secondo il punto di vista etiologico, sta di mezzo alla marantica (o marastica) ed alla trombosi da stasi. Soggiunge che la più parte dei sintomi non erano caratteristici per una trombosi dei seni cerebrali. I più significanti infatti sarebbero quelli che si riferiscono al circolo collaterale, nelle vene accessibili alla vista, che stanno in connessione con quel tal seno otturato. Tali sarebbero la vena iugulare interna, in cui si può osservare un fenomeno di certo valore, cioè minore riempimento al lato della trombosi, in ispecie di quella del seno trasverso, però tale sintoma può non esistere, ed è difficile a dimostrare; e così le emissarie di Santorini (mastoidea, parietale, quella del forame etmoideo, oftalmica), che dovrebbero in prima apparire più fortemente ripiene e dilatate, e più tardi accasciarsi. La più importante emissaria, e appunto nella malattia in discorso poco osservata, è la vena oftalmica cerebrale che parebbe si vuotasse nel seno cavernoso. Se aumenta la pressione in questo seno, accade altrettanto in quella, e quindi ristagno in certe vene della faccia, che sboccano in essa oftalmica, quali le vene del bulbo, delle palpebre, dei muscoli dell'occhio, la vena frontale; e tale stasi ha per effetto facile edema nelle palpebre, e se accaduta, la trombosi nel seno, si prolunghi questa pur nel-

Digitized by Google

l'ottalmica, non accadrà l'accasciamento, ma si manterrà la stasi nelle dette vene. Dunque il ristagno nella vena frontale, e specialmente l'iperemia venosa dell'occhio, unita ad edema delle palpebre, e (in seguito dell'edema del bulbo) forse a prolasso del bulbo unilaterale, subitaneo, ed accompagnato da fenomeni cerebrali, è uno dei più importanti sintomi per la stasi del seno trasverso, come ha provato col suo caso, e che dimostra una più determinata connessione fra la trombosi o forte stasi nel seno cavernoso, e i sintomi nel dominio dell'oftalmica cerebrale. Dice che anche da altri pure (Puchelt, Pitha e Genouville) in casi di trombosi del seno cavernoso e d'altri, e della vena oftalmica, si è osservato edema di una palpebra, della congiuntiva, esoftalmo e prolasso del bulbo. Per le vicinanze in cui la carotide col simpatico, il primo ramo del trigemino, il nervo abducente, l'oculomotorio, e il trocleare trovansi col seno cavernoso, per la cui stasi possono essere affetti, ecco i sintomi di irritazione e di paralisi (ptosi), le neuralgie ed altri fenomeni, che si osservarono nell'infermo, che furono transitori, e cessarono al ristabilirsi della circolazione. Così dunque il caso va interpretato: prima trombosi nel seno longitudinale, indi entro i trasversi, quindi enorme riempimento collaterale dei seni alla base, azione della stasi, specialmente nel seno cavernoso, sui collaterali e sui nervi che sono nel seno e accanto lo stesso, sul simpatico, onde dilatazione delle arterie cerebrali, e forti esiti di generale stasi nel cervello. Così intende l'autore d'avere richiamata l'attenzione sull'importanza della stasi e trombosi nel piccolo seno cavernoso, che per la sintomatologia e diagnostica della trombosi dei seni è bene di grande importanza.

A questo sunto che ho fatto del lavoro del medico Sassone credo bene di dovere aggiungere come le riflessioni suesposte nella più parte venissero pur da me fatte, allorchè mi si offerse nel 1865 un bel caso di trombosi del seno longitudinale superiore, del quale intessei la storia, che fu pubblicata durante l'anno 1866 in questa *Rivista Clinica*. Ciascuno può bene rileggere là il caso; tuttavolta a meglio dimostrare il mio asserto m'è d'uopo di raccogliere le diverse membra qua e là sparse, e di riportar qui alcuni brani e della narrazione del caso e delle riflessioni che gli feci seguire.

Lasciando ora i fenomeni diversi che si presentarono, riferibili ad un disturbo nelle funzioni cerebrali, feci notare che il bulbo dell'occhio si faceva sporgente, la congiuntiva iniettata; che poi l'esoftalmo addiveniva sempre maggiore con edema della palpebra e più della congiuntiva palpebrale e del solco, da non potersi più completamente chiuder l'occhio; chemosi del pari alla congiuntiva del bulbo fino al lembo, e tale da sembrare la cornea quasi un'infossatura entro il rialzo circolare o anulare di quel gonfiore: negli ultimi giorni di vita dell'inferma apparvero qua e là sulla congiuntiva del bulbo e delle palpebre, e sul margine delle medesime alcune flittene della grandezza di un cece e più, confluenti e di colore rossigno sporco. — Sospettai di trombosi dei seni della dura madre, tanto più perchè posi mente a quella sporgenza del bulbo, che assai mi colpì, e che mi sembrava stesse a dinotare un edema del tessuto connettivo orbitale, effetto d'un inceppamento forte al circolo venoso nell'interno del cranio, e quindi forse di ostruzione di un qualche seno. — La necroscopia dimostrò come si fosse trattato d'una tipica trombosi del seno longitudinale superiore e seno trasverso destro e delle vene cerebrali, con forte ed estesa emorragia intermeningea, edema del tessuto connettivo dell'orbita e della congiuntiva sì bulbare che palpebrale; e quelle flittene sulla medesima non eran fatte di una concamerazione unica, ma di più loculi contenenti un liquido sieroso sanguinolento. All'edema del tessuto connettivo dell'interno dell'orbita era dovuta la sporgenza del bulbo medesimo, giacchè questo era inalterato; era puro esoftalmo, non idroftalmo.

E qui dopo avere rammentato che la più parte delle vene dell'organo della vista mettono nel seno oftalmico, noverate le vene onde questo si compone, e come si vuoti nel seno cavernoso, che comunica mediante i seni petrosi col seno trasverso, e detto come i seni raccolgano il sangue delle vene del cervello, delle meningi, della diploe delle ossa del cranio ecc., e di certi organi dei sensi, ed in modo speciale dell'occhio, così soggiungo. « Ora nella trombosi dei seni del cervello si forma un intercettamento di circolo e stasi nei seni stessi e quindi nel sistema venoso cerebrale, il che ha poi per effetto, come la trombosi di qualunque altra vena, l'edema degli organi relativi. Questo avverrà nella dipendenza delle vene che immettono in esso seno, e in quelle che hanno con esse certa relazione, quindi oltre in quelle del cervello e meningi, indirettamente anche nelle vene dall'occhio accadrà ostacolo al vuotamento. Per cui si può avere l'edema nel tessuto connettivo del bulbo, l'enorme esoftalmo con l'edema forte delle palpebre, la chemosi, e perfino le flittene nella congiuntiva con liquido sanguinolento. E sebbene la vena oftalmica possa vuotarsi indipendentemente dal seno longitudinale superiore, l'inceppamento al circolo si deve far sentire in tutti i seni ed in essa pure: ed ancorchè la stasi sia generale, non ha modo di manifestarsi per edema all'esterno, obbiettivamente, che per questa via. Può poi anche l'edema svoltosi primamente nel distretto delle vene cerebrali, meningi, cervello, e di tutti i tessuti dell'interno del cranio, essersi *puramente* propagato

Digitized by Google

ancora al tessuto connettivo dell'orbita, ed anco il versamento sieroso *comprimendo in complesso*, e quindi ancora l'oftalmica, avere intercettato il circolo in essa, e venutane poi più tardi la trombosi per ristagno e per compressione. Comunque siasi quando adunque questo fenomeno appare in ammalati non altrimenti edematosi, quando s'è *formato subitamente e non dura tanto tempo* ecc. parmi possa essere di aiuto preziosissimo per la diagnosi. Gioverà poi osservare che anche nei vizi cardiaci, e perfino nella malattia di Bright ed in altre infermità, in cui si può talora avere esoftalmo (che però compare più lento), un edema però sì forte e localizzato, o almeno sì prevalente al bulbo e alle occhiaie, con flittene, e d'ambo i lati, senza causa speciale e nota, e che si svolge in poco tempo, ed accompagna un'affezione cerebrale, dovrà sicuramente fare ritenere, che siffatto edema non sia legato all'idroemia o discrasia generale, ma dipendente da affezione più vicina, e quindi metterci sulla via di fare la diagnosi di forte stasi ed anche della trombosi, tanto più se vi sono altri sintomi propri di siffatta affezione, e le cause probabili vi concorrano di sua formazione ». Dissi che mi era fermato volontieri su queste sintoma, che io stimava degno di un tal quale ricordo, non essendo stato da altri fin allora notato per quanto io mi sapessi. Infatti nei lavori che io, come appena uscito dalle scuole, poteva consultare, quali di Lebert (Krankhten, der Blut-und Lymphgefässe), di Roncati (Sul *Diagnostico*) ecc., non si parlava punto decisamente di tali fenomeni, nè io poteva avere cognizioni sì diffuse da conoscere il caso di Pitha (Oesterr. Zeitschrft. f. prakt. Heilknd.), quello di Puchelt (Das Venensystem in sein. krankhft. Verhältnissen), e quello di Genouville (riferito da Meissner negli Schmidt's Jahrbüch. Bd. 109), e così mi compiaccio d'avere fatte quelle riflessioni vergine di tali nozioni. Ad ogni modo ancorchè non fossi primo ad osservare i fenomeni dal lato dell'occhio, fui però primo a riflettervi sopra ed a rinvenirvi una grande importanza.

Non appare egli infatti, oltre essere il mio caso il più significante e forse unico, che io non solo diedi importanza alle alterazioni dell'occhio, e le feci soggetto di particolari riflessioni, ma le volli mettere in rapporto coll'affezione cerebrale e dei seni, ne volli far risultare un criterio diagnostico, e tentai di darne una razionale spiegazione? Non so perchè non faccia l'Autore menzione del mio caso e delle mie riflessioni: non credo perchè volesse approfittare tacitamente delle mie idee per ornare il suo lavoro. Non posso poi d'altro lato darmi a credere che egli ne fosse ignaro, in quanto che il mio articolo in discorso fu pubblicato nella *Rivista Clinica*, che si scambia con giornali medici di Germania, e perfino collo stesso *Archiv der Heilkunde*, in cui l'autore ha inserito il suo lavoro; e di più il mio scritto fu riferito e riassunto abbastanza estesamente negli *Schmidt's Jahrbücher* Bd. 131, N. 3, an. 1866 da Meissner nell'articolo Zur Lehre von der Thrombose und Embolie (pag. 209 e seg.), del quale ultimo l'Heubner cita i due sunti antecedenti, ed in ispecie quello del 1863. Anzi riesce bene strano come questi, che ha pubblicato il suo lavoro nel 1868, citi ed approfitti solamente della raccolta su quest'argomento di Meissner suddetto del 1863, ed a quella si fermi, e non ricordi punto e passi in silenzio l'ultima succitata del 1866, in cui appunto è riassunto anche il mio lavoro.

NOTA

sulla percussione nell'enfisema cutaneo, e sulla particolare attenzione che merita, quando è nelle pareti toraciche; — su uno speciale modo di suo formarsi nelle ferite penetranti nel petto senza lesione polmonare; — digressione sulla toracentesi.

PEL

Dott. LUIGI CORAZZA.

Egli è già noto, come praticando la percussione o digitale o plessimetrica ove si abbia enfisema sottocutaneo, si ritrae in generale un suono chiaro, timpanitico più o meno alto in qualunque parte del corpo. Ciò si può osservare benissimo sì nell'enfisema che si svolge nei cadaveri in putrefazione, quanto in quello che si sviluppa per ferite al torace ed altra lesione di continuo delle vie aeree ecc. Il suono somiglia quello ottenuto percotendo su di un polmone estratto dal torace, chè si sa come così quel viscere rattraendosi, e perdendo la tensione che aveva dentro il petto, dia suono timpanitico, mentre nel petto non avea il suono quella tempera per ragioni ben note. Il tessuto connettivo sotto-cutaneo in istato d'enfisema rappresenta all'ingrosso un polmone: se però la pelle per l'accumulo di troppo gas fosse tesa di soverchio, tale suono timpanitico può non apparire, parimenti per ovvie ragioni. Questo suono chiaro è uno dei caratteri che lo distingue dall'edema, oltre il noto caratteristico crepitio, che si ottiene alle pigiature e manipolazioni della parte, e la mollezza ed elasticità del tegumento, che cede facilmente senza ritenere l'impronta del dito. L'applicazione della percussione nell'enfisema generale sottocutaneo ha pressochè nessuna importanza, ma l'attenzione la richiede quando si trovi nella parete del torace od anche del ventre. Nel primo si può avere un enfisema cutaneo per ferita penetrante con lesione del polmone, come anche per

Digitized by Google

ferite o punture che si fanno artificialmente, come la toracentesi, per evacuare un liquido che si trovi nel cavo pleuritico. Che nelle lesioni polmonari (come in quelle della laringe, trachea ecc.) si possa avere un enfisema, quando l'apertura specialmente interna o della cavità toracica non corrisponda a quella della cute, o in in questa nessuna ferita si trovi, come accade specialmente nella frattura delle costole, è al tutto chiaro, notando come in tal caso sia facile ancora ad intendere, come l'enfisema possa invadere il corpo tutto. Anche nelle ferite semplicemente penetranti (a pleura polmonare illesa) può nascere pneumoderma pel formarsi una falsa respirazione, cioè nei moti respiratori, mentre è dritta la ferita nell'inspirazione, si faccia obbliqua nell'espirazione, e si chiuda pel cambiar di positura delle parti molli; così essendo libero l'ingresso e chiuso l'egresso nella compressione espiratoria, penetra l'aria nel tessuto sotto-cutaneo, e di questo non intendo fare argomento di discussione. Voglio rilevare un modo di formarsi l'enfisema sotto-cutaneo tardivo, ad onta che dall'apertura esterna non entri aria e non sia offeso il polmone, modo che a quanto sappia non è stato rilevato da altri. Ricordo che in un caso, in cui fu praticata la toracentesi in giovane affetta da essudato pleuritico destro, o meglio di bi-pleuro-peritonite (orromenite generale) (1), un dì dopo dalla fatta operazione cominciò a comparire alla parete toracica all'intorno del luogo della puntura e per certa estensione una tumefazione soffice del tegumento e connettivo sottoposto, e che alla leggera pressione e manipolazioni delle dita dava a sentire come un leggero e fino crepitio, in una parola un enfisema sotto-cutaneo, ad onta che la ferita esterna fosse al tutto chiusa, e il polmone non fosse stato leso, come dimostrò la necroscopia. Prima però debbo fare una digressione sulla toracentesi.

Un liquido esce per un foro di un recipiente d'altronde chiuso, o perchè questo si contrae, o comunque viene impiccolito, o perchè v'entra aria che preme sul livello del liquido; così facendo un foro in una botte chiusa, il liquido non esce punto finchè non si pratichi altro pertugio al disopra o si levi il cocchiume; e capovolgendo una bottiglia esce il liquido se vi gorgoglia dentro l'aria. Quando si fa la paracentesi addominale in casi d'ascite, il liquido esce perchè tutte le parti sono mobili, le pareti molli, gli intestini si espandono, e si possono eseguire delle pigiature sul ventre, ed infatti in questo non suole mai entrar aria. Nella toracentesi invece la pleura e la parete toracica non essendo contrattili, il liquido non dovrebbe uscir punto, tuttavia in fatto questo esce, perchè la capacità della pleura diminuisce in quanto i visceri spostati tendono a tornare al loro posto, il diaframma si eleva, e tale innalzamento è agevolato dall'espandersi degli intestini; e il mediastino e cuore riprendono la loro posizione anche perchè l'altro polmone si riespande. Però questo ripristinamento al loro posto degli organi è in generale difficultato, giacchè mediastino e diaframma in parte sono trattenuti da aderenze, e quindi il più delle volte tale ritorno non può accadere che parzialmente; e così anche il polmone leso non si muove come vestito da una pleura ingrossata, imbrigliato e cirrotico, in quanto la toracentesi si fa quasi sempre agli estremi, e dopo che l'essudato durò a lungo. Ma io sostengo che anche se l'operazione si faccia in sulle prime, il pulmone non si riespande egualmente, poichè questo non ha alcuna forza di espansione attiva, solo possede quella di contrarsi, come fu estratto dal torace, e ciò gli accade quando si versa un liquido nella pleura; che se si espande fisiologicamente a torace chiuso, è perchè questo attivamente si dilata, e la pleura viscerale essendo accollata alla parietale, e non potendo fra queste restare un vuoto, è dispiegato per la pressione dell'aria atmosferica dal lato delle vie aeree; fatto un foro nel torace, il polmone è infra due forze eguali che si elidono, e quindi esso si contrae se il torace è vuoto, resta contratto se era stato ridotto in tale stato da un liquido, giacchè anche in questo caso la pressione si esercita dall'esterno egualmente, e solo si espanderebbe (se è espansibile) se quel liquido fosse aspirato, e si dilata a torace chiuso mano mano che il liquido si assorbe (non potendo restare un vuoto) o al rattrarsi delle pseudo-membrane o briglie. — Vorrei che si cessasse di credere che quando il polmone si è rattratto, ed ha ceduto il posto ad un essudato pleuritico o altro (anche se non resta imbrigliato), facendo la paracentesi gli si dia agio di riespandersi, e così illudersi che il polmone torni tosto a respirare, onde poi il precetto di levare il liquido nei versamenti e presto. Solo colla puntura ed estrazione del liquido si torrà la pressione fino ad un certo punto, e quindi potrà accadere un certo grado d'espansione del polmone, ma non oltre il punto in cui lo tiene la sua contrattilità, effettuandosi meglio l'irrorazione sanguigna; e il benessere non debbe venire per l'entrare l'aria nel polmone compresso, quanto al togliersi la compressione dell'altro, al rimettersi altri visceri e il cuore in posizione normale, ed al ristabilirsi il circolo locale e generale. Ora ammesso che il polmone per sè non si riespanda, che possa essere trattenuto per di più, ancorchè mediastino, diaframma ecc. ritornino pure al loro posto, verrà però un punto che tutto sarà equilibrato, e di liquido non esce più nulla, neppure se l'infermo

(1) Due casi di bi-pleuro-peritonite primitiva. — Rivista Clinica 1868.

Digitized by Google

si inchina da quel lato, se non entrando dell'aria. Ed ecco appunto che ad onta di ogni precauzione per parte dell'operatore nelle forti inspirazioni e nella tosse entra aria per la cannula, il che non sarebbe se il polmone si riespandesse; ciò vuol dire che la parete toracica si stacca da quel viscere, che non la segue, e così si forma sempre un idro-pneumotorace. Il che non è sì indifferente, o di poco momento, nè esagerato il timore dell'introduzione dell'aria, come pensa Trousseau, primamente perchè così questa per l'elevata temperatura si dilata assai, e comprime di più i pulmoni; e secondariamente se l'entrata di poca aria in pleura sana è di poco danno, e si assorbe presto e senza inconvenienti, come ha veduto Skoda nei conigli, se sarà anche innocua nell'empiema, come dimostra Baccelli, in cui la pleura è sì grossa ed alterata, da essere il cavo come separato dall'organismo, e quindi difficile o impossibile l'assorbimento di materie disaffini, non è il medesimo in una pleura ammalata e in pari tempo anche funzionante, ove è un liquido albuminoso in temperatura elevata, in cui l'aria debbe portare dei fermenti, delle spore, o dei vibrioni; e dopo tale ingresso, specialmente negli spedali, l'essudato si fa putrido, si svolgono gas che irritano di più la pleura, che dà poi una nuova essudazione, e purulenta (pio-torace), cresce la febbre, gli individui soccombono, e quindi sono giusti i timori di Stokes e Watson, che la pleurite di sierosa diventi suppurativa. La toracentesi si deve dunque riserbare solo agli estremi, quando è *imminente* il pericolo di soffocazione per uno spandimento eccessivo, e così a togliere tale pericolo basta estrare poco umore; è quindi ingiusto il consiglio di Trousseau di levare quanto liquido si possa (1). — Con questo mi sono inteso dimostrare, che come nel ventre non entra mai aria, così nel torace non può a meno di non entrarne usando i comuni modi, nè si deve dar a credere, che ciò si eviti col trequarti a robinetto, giacchè questo non serve che ad intercettare il gettito, ma all'atto poi che si apre l'aria può entrare benissimo; che l'entrata dell'aria è pericolosa; che il polmone non si espande punto o ben poco, solo l'altro se era compresso; che si dee fare nel pericolo grave ed imminente, e quindi a ciò soddisfare basta levar poco liquido, perchè così si solleva l'infermo, e non si porta inconveniente alcuno.

Supponiamo adesso che o per ferita penetrante o per la toracentesi siasi formato un pneumotorace od idropneumotorace, che l'apertura pleuritica e dei muscoli intercostali sia aperta, come è facile in quanto il muscolo si contrae e si divaricano i lembi, e questa interna soluzione di continuo non corrisponda all'esterna cutanea (il che si ha per intento di fare specialmente nell'operazione della toracentesi); ora, seguitando la secrezione della pleura (nel 2.° caso), o svoltosi per l'irritamento dell'aria una secondaria pleurite (nel 1.°), ecco che diminuendo per tale versamento la capacità del cavo, l'aria contenutavi è compressa e quindi tendente a sfuggire da qualche parte, e può accadere che per certe posizioni dell'infermo riesca ad uscire pel foro toracico, e pel non essere le aperture a contatto entri nel tessuto connettivo sotto-cutaneo, ed ecco un enfisema, che può comparire adunque più tardi, e dovrà essere circoscritto; ovvero che per la entrata dell'aria e di germi, essendosi suscitata una fermentazione da svolgere dei gas, questi parimenti nel modo suddetto formino il pneumoderma, e questa sarebbe dunque una particolare genesi dell'epifenomeno in discorso (tardivo, circoscritto) nelle lesioni della parete toracica. Tornando poi all'argomento di prima, ecco come nel torace il suono timpanitico merita attenzione anche in quanto può essere dato da un enfisema cutaneo, e che quindi può trarre, chi prenda superficialmente la cosa, in errore. Infatti trovando tale suono (nella circostanza di enfisema acuto), potrebbesi crederlo dovuto allo stato delle parti interne, e pensare alle ragioni del suono timpanico, quali o il pneumotorace, o caverne, o rilasciamento del parenchima polmonare ecc., ed escludere un essudato pleuritico, o ritenere al tutto scomparso un versamento che esisteva, mentre invece il versamento permanga, e se non vi fosse quell'enfisema si avrebbe ottusità. Così con quest'avvertenza, accortisi di enfisema cutaneo, non si crederà al suono chiaro e timpanitico che si ottiene alla percussione, e si dubiterà che ad onta di questo nel torace internamente non sia uno stato, a cui dovrebbe corrispondere un'ottusità.

(1) Clinique Médicale Vol. I.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Feltz. — *Ricerche cliniche e sperimentali sulle embolie capillari.* Strasburgo 1868. — Sunto critico dei Dottori Christôt e Kiener nel Journal de Médecine de Lyon, 1.° e 15.° Octobre et 1.° Novembre 1868. — Libera traduzione.

L'autore ha esposto in quattro capitoli la storia delle embolie capillari della circolazione polmonare, di quella del sistema aortico, del circolo della vena porta, ed infine l'uffizio presunto di questo processo nella pioemia e nella tubercolosi. Due capitoli più brevi sono consacrati l'uno alla sto-

Digitized by Google

ria delle questioni delle embolie capillari, l'altro all'esame critico delle diverse teorie della trombosi fibrinosa, cagione la più ordinaria delle embolie.

Nel sunto di questo lavoro i relatori non si sono strettamente tenuti alla enunciata divisione della materia.

§ I. — *Embolie capillari; accidenti immediati.*

Quando delle polveri sono trascinate dalla corrente sanguigna, si fermano tantosto nella prima rete capillare che incontrano, come sopra un crivello a maglie troppo fine; ne consegue un'obliterazione d'una parte di questa rete ed un ostacolo alla circolazione locale. L'embolia capillare così costituita ha per conseguenza una serie di accidenti, alcuni dei quali sono immediati, consecutivi gli altri.

Gli effetti immediati sono quelli dell'anemia locale, l'abolizione, o per lo meno la brusca sospensione delle funzioni dell'organo non più irrorato dalla rete capillare obliterata: accidente alcuna volta insignificante, come ben si intende, altra invece immediatamente mortale, a seconda dell'importanza dell'organo interessato e dell'estensione del territorio di obliterazione. A questo riguardo devesi un'attenzione particolare alla embolia del polmone e del cuore; qui si rammentano appena le embolie capillari del cuore, le quali non sonosi finora presentate all'osservazione ed all'esperienza con estensione sufficiente per generare un grave turbamento funzionale.

Embolie capillari del polmone. — Una donna sgravatasi di recente, inferma di metrite e di trombosi della vena crurale, fu subitamente presa da un accesso d'oppressione, e poco appresso da un altro, sotto del quale morì. L'autopsia mostrò un coagulo fibrinoso rammollito ed escavato nella vena iliaca primitiva, i polmoni ingorgati di sangue; le ultime ramificazioni della vena polmonare obliterate da coagoli rossi, i quali trattati coll'acqua diedero un deposito di grani giallastri (fibrina in via di degenerazione grassosa). Nessun'altra lesione poteva spiegare la morte.

Era lecito attribuire gli accessi di dispnea e la rapida morte alle embolie capillari? Il fatto era senza precedenti: in mancanza di osservazioni pubblicate nei libri, era necessario procurarsene. Si iniettò nella vena giugulare di conigli della polvere fina sospesa nell'acqua; ripetute esperienze diedero 14 casi di morte immediata con soffocazione, senza verun altro guasto, all'infuori della obliterazione delle arteriuzze polmonari. Da questo momento la questione era giudicata. Tre altre osservazioni si presentarono ben presto nei turni diversi della Facoltà, nelle quali una serie di accessi di dispnea avvennero in mezzo a condizioni generali diversissime, e che condussero alla morte. L'obliterazione capillare sospettata durante la vita fu confermata dall'autopsia, accompagnata però da gravi lesioni del polmone o del cuore destro, che rivendicavano una parte nell'esito fatale. Feltz tentò con esperienze di riprodurre condizioni analoghe a quelle date dalla clinica, iniettando polveri nell'estremità centrale della vena femorale; l'operazione fu susseguita da accidenti più o meno gravi, ma tutti gli animali sopravvissero; qualcheduno morì con accesso di dispnea nel momento di una seconda iniezione praticata nel modo istesso. In questi ultimi fu rinvenuta una obliterazione capillare, più o meno estesa dei pulmoni, accompagnata da altre lesioni che parevano il risultato della prima operazione, e sulla natura delle quali si tratterà più innanzi. Si possono spiegare i lievi effetti della prima iniezione per la circostanza, che le polveri, arrestatesi in gran parte nelle valvole delle vene, non erano giunte al polmone che in modo parziale e progressivamente.

Feltz si crede in diritto di dedurre le conclusioni seguenti: 1.° le embolie capillari possono determinare la morte immediata, senza che abbianvi dalla parte del cuore e del polmone altre lesioni capaci di attraversare la ematosi; questi casi sono rari, perchè non è frequente che una grande copia di materie pulverulenti sia versata in pochi istanti nella circolazione venosa, ed arrivi direttamente nei polmoni; 2.° le embolie capillari sono spessissimo la causa immediata della morte per asfissia, se esistono di già altre cagioni predisponenti dal lato del cuore e dei polmoni.

Gli accidenti gravi possono essi venir preveduti prima della necroscopia e diagnosticati con qualche probabilità. L'autore crede in oggi possibile un tale diagnostico, e si esprime così: « Gli accessi di dispnea frequentemente ripetuti, e che avvengono tutto ad un tratto in individui colpiti da trombosi periferiche, da tumori maligni invadenti, da infermità che inducono grande coagulabilità del sangue, o da flebiti traumatiche, permettono l'ipotesi di embolie capillari nelle vie circolatorie del polmone. »

Le embolie dei grossi tronchi polmonari, uccidono in un primo accesso di soffocazione, oppure inducono altri fenomeni gravi, facili a riconoscersi colla percussione e colla ascoltazione, l'edema cioè, la pneumonite e la gangrena. Forse è necessario tener conto in questo diagnostico differenziale di un altro accidente, segnalato da non molto dal Vernay, ossia la lenta formazione di una trombosi nel ventricolo destro e nell'arteria polmonare; accidente, che osservato in condizioni identiche a quelle registrate da Feltz, avrebbe per caratteri clinici un'ansietà ed una dispnea progressiva con morte istantanea per sincope.

Fenomeni immediati dovuti alle embolie capillari del cervello. — Questo soggetto fu studiato altre volte. Fino dal 1865 Vulpian aveva fatto

Digitized by Google

conoscere un' osservazione molto incompleta, nella quale la rottura di una cisti fibrinosa, situata nella sinistra orecchietta del cuore, aveva dato luogo ad un attacco apopletiforme, e quindi ad una specie di stato tifoide, che terminò colla morte. I sintomi tifoidei furono riferiti ad un'alterazione septicoemica originata dalla mescolanza col sangue del contenuto puriforme della cisti: ma per ispiegare i fenomeni di paralisi e di contrattura momentanea, si credè dover ammettere la produzione di embolie capillari nel cervello, le quali sarebbonsi dissipate nei giorni che susseguirono la rottura della ciste, nel tempo istesso che ritornavano i movimenti delle membra. Questa osservazione veniva così a confermare le previsioni emesse parecchi anni addietro da Charcot e Lancereaux; esse erano appoggiate da fenomeni analoghi segnalati nel corso dell' endocardite ulcerosa da Senhouse Kirkes e da altri osservatori.

L'importante memoria di Prévost e Cotard, pubblicata nel 1867, viene a constatare la possibilità di accidenti apopletiformi, di stordimenti e di morte improvvisa per embolie capillari del cervello senza rammollimento, in seguito di rotture di ascessi ateromatosi dell'aorta, o di cisti fibrinose del cuore, e dell'endocardite ulcerosa: però non vengono riferite osservazioni in loro appoggio. Gli autori medesimi, avendo iniettata polvere di licopodio nell'arteria carotide di un coniglio, videro l'animale morire di apoplessia a capo di un quarto d'ora, e trovarono nel cervello qualche estravasato sanguigno, ed un' obliterazione generale dei capillari per fatto delle sporule del licopodio. — Feltz pertanto trovasi di fronte ad una questione già studiata tanto dal punto di vista della clinica, che dell'esperimento. Egli adunque volle dare maggior vigore alla dimostrazione sperimentale. Rinunziando alle iniezioni per l'estremità periferica dell' arteria carotide, in causa delle lacerazioni vascolari determinate d'ordinario da questa operazione, introdusse egli nell'arteria una lunga cannula, che penetrava fin nel ventricolo destro del cuore, per modo che le polveri iniettate arrivassero al cervello per la carotide del lato opposto e per le vertebrali coll'impulso normale dell' ondata arteriosa. Il processo medesimo non diede a Prévost e Cotard che due casi di rammollimento cerebrale, nè alcun caso di morte subitanea. Feltz più fortunato e più perseverante, cinque volte sopra una cinquantina d'operazioni riuscì a produrre accidenti prontamente mortali. Per solito l'animale metteva un grido al momento dell'iniezione, era preso da convulsioni con respiro accelerato e battito di cuore, e ben tosto conseguiva uno stato tetanico, indi il coma, le deiezioni alvine e la morte. L'autopsia mostrò con tutta evidenza le arteriuzze ed i capillari del cervello obliterati dalle polveri, senza alcun altra lesione capace di spiegare la morte; erasi accertato con un antecedente esperimento, che la legatura di una carotide sola non produceva accidente alcuno. Oltre questa dimostrazione sperimentale, Feltz arricchì l'istoria clinica delle embolie capillari del cervello di un nuovo fatto, che può ravvicinarsi a quello di Vulpian; trattasi di una vecchia donna morta improvvisamente, nella quale si rinvenne un'ulcera ateromatosa dell' aorta, ed il cui detrito era nei capillari del cervello, senza veruna altra lesione.

A lato di questi fatti bene stabiliti, ecco altre considerazioni che interesseranno senza dubbio i clinici, ad onta del loro carattere ipotetico. L'autore fu testimonio del fatto seguente. Nel corso di un reumatismo articolare acutissimo, con complicanza di endocardite, comparvero petecchie ed ecchimosi; subito dopo si manifestarono sintomi cerebrali gravi, convulsioni, accidenti eclamptici ben caratterizzati, delirio e coma, e poscia il ritorno alla salute avvenne gradatamente. Qualunque medico senza dubbio non avrebbe mancato di diagnosticare un *reumatismo cerebrale*, ma non si sarebbe trovato d'accordo sulla natura degli accidenti. Feltz non esitò per conto alcuno ad ammettere embolie capillari, in seguito di prodotti fibrinosi distaccatisi dagli orifizi del cuore e trascinati verso il cervello, ed infine riassorbiti. La spiegazione non è nuova, ma era poco notoria: in una tesi il Dott. Ball non permetteva neppure di discuterla; si può quindi giudicare del progresso, che essa ha fatto dopo la pubblicazione del libro dell' autore, leggendo una conferenza clinica di Bouchut, riprodotta di recente dalla *Gazette des Hôpitaux*. La dottrina vi è presentata come applicabile alla maggioranza, se non alla totalità, dei fatti. È a decidersi però, se una opinione così assoluta vada al di là del pensiero dell' autore; ma è a ritenersi, che sarebbe saggio partito quello di non applicare troppo prematuramente una teoria unica ad una serie di casi ben differenti fra loro per sintomi e per lesioni.

Dal punto di vista della lesione, i casi cogniti di reumatismo cerebrale si dividono in due gruppi; in uno nessuna lesione apprezzabile, nell'altro i caratteri più o meno espressi della meningite. Relativamente a questo ultimo ordine di fatti, è da avvertirsi, che la meningite non fu segnalata nè da osservazioni, nè da esperienze quale compagna delle embolie capillari del cervello; e può credersi che la meningite non richieda una spiegazione speciale, quando si manifesta in una malattia, salvo di quelle che hanno la tendenza ad invadere volentieri le membrane sierose.

I sintomi, come pure l'anatomia patologica, permettono di attribuire un certo numero di casi di reumatismo cerebrale alla meningite; i sintomi cerebrali si riducono ad un delirio più o meno violento seguito da coma; e qualche volta,

Digitized by Google

come Bouchut ne rammemora due esempi, una iperemia del fondo dell'occhio fa testimonianza di uno stato congestivo della circolazione encefalica. Restano i casi in cui i disordini cerebrali consistono in subitanee eclampsie o paralisi transitorie, o che producono la morte in mezzo al coma, ove l'analogia diviene manifesta cogli accidenti riscontrati nelle osservazioni e nelle esperienze, in cui l'embolia capillare è stata provata. In tal caso, se mancano alla necroscopia le lesioni infiammatorie delle meningi, se soprattutto l'esame del cuore scopre depositi fibrinosi sulle pareti e sulle valvole del ventricolo sinistro (circostanza che è lungi dall'essere costante eziandio nelle forme apopletiche di reumatismo cerebrale), sarà bene aver presente alla mente la possibilità delle embolie cerebrali, e la conferma delle vedute dell'autore dovrà chiedersi al microscopio.

§ 2. — *Dell'infarto in generale. — Patogenia ed evoluzione.*

Allorchè il deposito delle sostanze emboliche nelle reti capillari di un organo si effettua gradatamente, o per immissione successiva, e non con quella repentina irruzione, di cui sopra è detto; quando la morte è avvenuta nel corso di questo processo, determinata dagli accidenti consecutivi, o per tutt'altra cagione, l'autopsia rivela lesioni multiple e circoscritte, che si designano col nome di *infarto*. Le lesioni sono d'aspetto diversissimo, a seconda della loro anzianità, e dell'organo ove esse hanno sede, di modo che una descrizione comune non le saprebbe tutte comprendere; esse costituiscono frattanto una famiglia naturale in virtù della causa unica dalla quale dipendono, del modo di formazione che è costante, ed in virtù della identità di natura, che il microscopio riconosce nei fenomeni della diversa loro evoluzione.

Patogenia dell'infarto. — All'epoca delle prime investigazioni della scuola anatomo-patologica francese, queste lesioni, ancora incomprese, non mancarono però di colpire l'attenzione degli osservatori, e questi si accordarono nell'attribuir loro una natura infiammatoria; si descrisse il rammollimento infiammatorio del cervello, la nefrite reumatica, la pneumonite lobulare metastatica, gli ascessi metastatici del fegato, della milza ecc. In vero egli è che due caratteri si riscontrano costantemente nell'esordire dell'infarto, e cioè il colore rosso e la tumefazione.

Più tardi quando Virchow ebbe fatto conoscere l'importanza dell'obliterazione vascolare nel processo metastatico, il coloramento rosso sembrando inesplicabile, fu ritenuto inammissibile. Fu fatta dell'infarto questa teoria: si figurò un nucleo imprigionato in mezzo ai tessuti, scolorato, rattratto, destinato ad una distruzione in massa e molecolare; volontieri si immaginò attorno a questo nucleo una zona iperemica, la quale, secondo le tendenze meccaniche o fisiologiche di ciascuno, significava per alcuno la dilatazione compensatrice della circolazione collaterale, per altri un'infiammazione eliminatrice, che serviva a circoscrivere la parte mortificata.

Gli osservatori diedero essi stessi la prova, che un concetto erroneo ed insufficiente è qualche volta più dannoso per l'osservazione, che la completa ignoranza; essi accordarono maggior credenza alla testimonianza *a priori* della ragione, che a quella imparziale del senso.

Gli uni riconoscono appena che il nucleo scolorato presenta qua e là un'emorragia punteggiata, ed è per essi un fenomeno secondario. Colin l'attribuisce alla dilatazione ed alla rottura dei capillari, i quali mancano di sostegno in mezzo al tessuto disgregato. — Gli altri che hanno veduta la congestione al principio dell'infarto, la considerano nullameno come una circostanza accessoria; per Rokitansky è la conseguenza della flussione collaterale, per Virchow un afflusso retrogrado del sangue nel sistema venoso dopo la scomparsa della vis a tergo arteriosa; e Prévost che accetta tutte queste spiegazioni, le trova senza dubbio insufficienti, perocchè invoca inoltre la dilatazione dei piccoli vasi in conseguenza del sospendersi dell'azione dei nervi vaso-motori. — Prévost e Cotard si erano posti in buone condizioni per veder giusto. In una rimarchevole esperienza avevano essi aperto il ventre ad un cane, ed iniettato nel sistema arterioso per la carotide della polvere di tabacco; sotto i loro occhi comparvero alla superficie della milza una placca rilevata rosso-scura, ed in quella degli intestini parecchie placche ecchimotiche. Avendo essi sorpreso il fenomeno al momento della sua formazione, rinunciarono tuttavia a discoprirne il meccanismo. Era egli possibile di veder le cose più davvicino? — Feltz osservò al microscopio.

Il processo, difficile a studiarsi negli organi complessi, si rivelò con una grande chiarezza nelle membrane: «In un cane, al quale si era iniettato del pus nella carotide, si trovò negli inviluppi della midolla una macchia rossa emorragica, circondata da un cerchio un poco più chiaro. Il microscopio mostrò dei capillari ingorgati di globuli purulenti, capillari rotti, corpuscoli sanguigni ben conformati, ed in ultimo fibrina, quale si riscontra nei coaguli freschi.» L'interpretazione non lasciava alcun luogo all'ipotesi; evidentemente i globuli purulenti dell'iniezione si erano ammonticchiati in certi capillari della pia madre; alcuni di questi vasi avevano resistito, altri si erano rotti sotto l'influenza della pressione a tergo, da cui gli spandimenti del sangue e del pus.

La conoscenza di questi fatti facilita lo studio

Digitized by Google

del processo nei parenchimi. In tutti i casi ove la lesione era avvenuta, presentavasi in principio come un focolaio circoscritto, indurato o rammollito, a seconda della struttura dell'organo, ordinariamente tumefatto, sempre più colorito del parenchima ambiente. Esaminando al microscopio alcuni tagli, mostrarono nel mezzo elementi anatomici rotti o separati, globuli sanguigni freschi, ed una parte delle polveri messe in circolazione. Si può concludere, che *l' arresto della circolazione in certi territori capillari non costituisce per sè solo l' infarto, ma che nel tempo istesso vi hanno sempre lacerazioni di vasi ed infiltrazione di sangue.*

Una tale dottrina non lascia essa alcuna parte di vero al concetto generalmente ammesso, secondo il quale l'infarto si presenterebbe come un territorio esangue, scolorito, e circondato da una zona iperemica? Feltz, a torto secondo i relatori, ha creduto dover conservare questa descrizione per riguardo agli infarti che risultano da un'embolia dei grossi tronchi arteriosi. In questi casi si cercherebbe invano il territorio anemico.

Dai relatori fu osservato nell'ospitale militare, in un infermo del servizio Busschaert, come le cose si comportano nel polmone. Il soggetto era sotto cura per un edema del membro inferiore sinistro con indurimento della vena crurale, allorchè fu preso da un accesso di dispnea, che mise la sua vita in pericolo; esso morì 20 giorni dopo, con fenomeni di crescente imbarazzo nella respirazione. L' autopsia mostrò un grumo fibrinoso, granulato, che obliterava una delle principali divisioni dell'arteria polmonare, quella che si dirama al lobo inferiore del polmone sinistro. Questo lobo era ingorgato di sangue, e presentava parecchi nuclei d'induramento, gli uni rosso-scuri in modo uniforme, gli altri giallastri al loro centro. Il polmone destro non aveva altra lesione che un ingorgo moderato alla base. Questa descrizione è certo l' espressione abituale dei fatti dell'ordine medesimo. Una descrizione abbastanza antica, raccolta fuor di dubbio senza prevenzione sul soggetto che qui si discute, è riportata nell'atlante di anatomia-patologica di Cruveilhier, ed accompagnata da una bella tavola. Trattasi di una puerpera, che morì sotto accidenti polmonari, e presentò alla necroscopia una flebite uterina ed un coagulo rammollito in un ramo dell'arteria polmonare. Il lobo del polmone corrispondente era ingorgato di sangue, ed offriva nel dominio della distribuzione dell'arteria obliterata molteplici nodi, che tanto alla descrizione, che alla figura riconosconsi per infarti a diversi periodi.

L' embolia dei grossi tronchi produce adunque gli infarti, assolutamente come le embolie capillari; per quale meccanismo? È da ammettersi con Feltz, che il coagulo otturatore dell'arteria principale venendo a rammollirsi abbia dato luogo ad embolie capilari secondarie? Qui bisognerebbe rimarcare, che nei fatti citati di sopra l'aspetto degli infarti assegnava a queste lesioni una data se non anteriore, contemporanea almeno all'epoca presunta dell'embolia.

Ed in vero, se sonosi trovati gli infarti distribuiti nei diversi lobi del polmone, sembra legitimo lo ammettere, che la loro produzione era in rapporto colle embolie capillari anteriori alla formazione dell' embolia principale. Ma la localizzazione del processo in una provincia vascolare sembra testimoniare a relazione di dipendenza fra l' infarto e l'embolia del tronco arterioso.

La teoria di Ludwig, alla quale assente Niemeyer, darebbe essa una soluzione soddisfacente a questa questione. Ludwig fa rimarcare, che l'embolo s'arresta d' ordinario alla biforcazione di un' arteria, a cavaliere delle due branche di cui restringe il calibro. Ne risulta una diminuzione della tensione arteriosa, il rallentamento del corso del sangue, l' agglomero dei globuli sanguigni, che formano un turacciolo nei capillari. Al di sopra dei capillari obliterati la pressione poco a poco si accresce, ed hanno luogo rotture ed escavazioni sanguigne. Ecco l'infarto prodotto ad un'epoca, ove l' obliterazione del tronco principale non è ancora completa. Avrebbe Feltz il diritto di pronunciarsi contro ad una spiegazione, che presta una larga parte alla dottrina dell'infarto per rotture capillari, di cui egli si è fatto il sostenitore?

Se l' infarto pallido, considerato nel polmone e nella maggior parte degli organi, non è fino all'oggi che un ente di ragione, non è così nel cervello, in cui si è in accordo per riconoscere l'esistenza di un rammollimento bianco (si sa che questo nome di rammollimento si dà all' infarto nei centri nervosi). In realtà l' istoria di questa lesione è ancora molto oscura. Feltz, il quale non ne somministra alcuna osservazione nè esperimentale, nè clinica, pensa, che esso si produca in seguito dell' obliterazione di un tronco arterioso considerevole; la rottura dei vasi non poteva aver luogo, poichè lo spessore delle pareti dell' arteria obliterata resiste alla pressione del sangue. Proust, da un altro punto di vista, spiega il pallore del focolaio per la circostanza, che la circolazione collaterale non si è potuta stabilire; tale circostanza deve avverarsi di preferenza, quando l' obliterazione si è effettuata al di là del circolo di Willis, e quindi in un'arteria di piccolo calibro. Le due opinioni, come vedesi, sono contraddittorie. Infatti la lesione sembra essere stata osservata di preferenza alla Salpêtrière (Charcot, Prévost e Cotard) in casi di cachessia, con inopesia (1) del sangue; l'ischemia

(1) Coagulabilità della fibrina del sangue.

Digitized by Google

era in allora il risultato di trombosi arteriosa, la cui lenta formazione pare che renda conto dell'assenza dell'emorragia.

Non deve dimenticarsi però di considerare, che l'infarto riconosce alcuna volta una patogenia diversa dall'embolia. Impedimento della circolazione capillare, tensione crescente al disopra dell'ostacolo, rottura dei vasi a pareti deboli, ecco le tre condizioni che costituiscono la patogenia dell'infarto. Questa triplice condizione si realizza non solo nelle obliterazioni capillari per l'embolia, ma eziandio nei casi ove avvi ostacolo al corso del sangue venoso. L'infarto polmonare è qualche volta in rapporto colla lesione dell'orifizio mitrale; l'infarto splenico può succedere ad una obliterazione della vena porta, alla legatura dell'arteria, o di una delle arterie spleniche (esperienze di Feltz e Vulpian); il rammollimento cerebrale è qualche volta la conseguenza d'una trombosi o di una flebite del seno o delle vene del cervello (osservazioni ed esperienze di Lancereaux, Prévost, Cotard e Feltz). Al punto di vista anatomico questi infarti per obliterazione venosa hanno la più grande analogia con gli infarti embolici, e differiscono soltanto pel predominio della essudazione sierosa. Vedasi dunque, che se l'embolia non potrebbe in alcun caso produrre altra lesione che l'infarto emorragico, la proposizione inversa non è esatta.

Evoluzione dell'infarto. — Generatosi l'infarto, siccome si è venuto esponendo, i fenomeni ulteriori, di cui va a divenire la sede, si comprendono senza veruna difficoltà; si possono con Feltz ridurre all'uno od all'altro di questi quattro processi: risoluzione, regressione grassosa, suppurazione, gangrena.

In un focolaio di estensione mediocre, se l'infiltrazione sanguigna si effettua fra gli elementi del tessuto senza notevoli disordini, il sangue effuso potrà essere riassorbito, come avviene nelle ecchimosi; nel tempo istesso il coagulo sanguigno intra-capillare, se non è mescolato con materie estranee all'economia, ed irritanti, si dissiperà in forza del processo medesimo, oppure si fisserà in una maniera definitiva, assumendo un'organizzazione fibro-cellulare; nel primo caso la rete capillare ricupererà la sua permeabilità, nel secondo sarà supplito da una circolazione collaterale, ed in ogni modo nessun vestigio rimarrà della primitiva lesione.

Nella maggioranza dei casi l'emorragia capillare produce nel seno dei tessuti disordini incompatibili col mantenimento della vita; nei parenchimi molli gli elementi dei tessuti sono disgregati e rotti, nei parenchimi spongiosi sono compressi dall'abbondanza dello spandimento; inoltre nei focolai considerevoli questi elementi non ricevono più il liquido nutritivo. Allora le parti liquide del focolaio sono riassorbite, le solide subiscono il regresso grassoso. Ulteriormente il deposito grassoso si incrosta di materie calcari, e si incapsula; oppure si rammollisce, fa una caverna, e la perdita di sostanza è rimpiazzata, o per lo meno resa più ristretta, da un tessuto di cicatrice.

Qualche volta questo focolaio, sottratto al dominio della vita, è mal tollerato dai tessuti circostanti. Sia che la materia embolica abbia delle proprietà particolarmente irritanti, sia che i tessuti istessi siano predisposti all'irritazione per influenza di una diatesi, si dichiara un processo infiammatorio attorno all'infarto; prodotti di suppurazione si mescolano a quelli della necrobiosi, l'organo è minacciato da un lavoro di distruzione, di cui non si potrebbe prevedere l'estensione e la durata.

Infine sonovi casi, ove la mortificazione in luogo di svolgersi secondo le leggi della necrobiosi, si effettua in massa per gangrena. È un accidente grave, ma fortunatamente raro; Charcot frattanto ne ha segnalato un caso. Feltz pensa, che quest'esito non debba riscontrarsi che nelle embolie dei grossi tronchi; ma più innanzi si vedrà, che parecchi autori gli assegnano eziandio una origine differente.

§ 3. — *Infarto nei diversi organi.*

Sebbene l'infarto costituisca una lesione di natura identica, e sia destinato ad una evoluzione invariabile in qualunque luogo esso avvenga, tuttavia riveste una fisonomia particolare secondo la sede che occupa, di modo che la diagnosi e l'istoria della lesione presentano nei diversi organi particolarità interessanti. Si passeranno adunque successivamente in rivista gli infarti, che hanno origine nel dominio delle tre grandi distribuzioni capillari, *aortica*, *della vena porta*, *polmonare*; fermandosi in ispecie sui punti imperfettamente conosciuti, e che la memoria di Feltz sembra aver messi in luce.

Cervello. — I rammollimenti per embolia capillare non sono ancora notori in patologia. Prévost e Cotard riportano otto osservazioni che non sono niente affatto concludenti, perchè vi manca il reperto microscopico dell'obliterazione capillare. L'uffizio, che l'embolia capillare può avere nella produzione del rammollimento, è negato da Robin; e nell'opinione di Proust quest'uffizio medesimo, se pure è reale, non è giammai isolato; esso viene ad aggiungersi alla condizione predisponente d'una malattia dei vasi cerebrali. Le esperienze dell'autore, in accordo con quelle di Prévost e Cotard, depongono in favore dell'opinione contraria; il rammollimento fu parecchie volte ottenuto, sia con iniezioni dirette nell'estremità periferica della carotide, sia nel ventricolo sinistro del cuore. I focolai erano più spesso multipli e piccoli, alcune volte assai

Digitized by Google

estesi; tale è il caso di un cane morto in capo ad otto giorni con un rammollimento di tutto un corpo striato; questa lesione era accompagnata da emiplegia, convulsioni ed accessi tetaniformi.

Le maniere di terminare dell'infarto cerebrale non furono l'oggetto di una descrizione speciale; ma la storia delle placche gialle e delle infiltrazioni cellulose fu sì completamente messa in luce dai lavori della scuola della Salpètriere, che in essa non vi è lacuna.

Midollo spinale. — Dopo Panum e Vulpian, Feltz è riuscito a produrre piccoli focolai di rammollimento nella midolla; iniettò esso le polveri nell'aorta la mercè di una lunga cannula introdotta nell'arteria crurale: l'operazione fu seguita da paralisi nelle due membra posteriori dell'animale.

Cuore. — Le polveri penetrarono una sola volta nell'arteria coronaria senza produrre infarto. Ma la clinica ha mostrato di già qualche punto della storia di questa lesione, uno dei più interessanti che l'embolia arteriosa possa produrre; qui è a richiamarsi alla mente una nota di Vulpian letta alla Società medica degli spedali nel 1866, ed una bellissima osservazione che Friedreich riporta nel suo trattato delle malattie del cuore.

Visceri addominali. — Gli infarti della milza e dei reni sono troppo conosciuti, perchè le ricerche dell'autore abbiano recato qualche contributo alla loro storia. — Gli infarti dell'intestino sembrano distinguersi per la loro tendenza alla suppurazione ed alla gangrena.

Membrane sierose. — L'infarto delle sierose si presenta come un'ecchimosi; se la suppurazione si impadronisce di questo focolaio, avrà la tendenza ad estendersi a tutta la membrana. Tutte le infiammazioni delle sierose, che riscontransi in soggetti morti in conseguenza di embolie capillari, non sono punto di origine metastatica; soventi esse sono provocate dalla vicinanza di un processo infiammatorio o gangrenoso, sviluppato nell'organo che la sierosa riveste, o nel tessuto cellulare che tapezza il foglio parietale.

Pelle, tessuto cellulare, muscoli, articolazioni. — In un caso di reumatismo articolare acuto, complicato ad endocardite ulcerosa, Feltz vide comparire alla pelle delle papule, che non tardarono ad ulcerarsi, dei tumori fluttuanti nel tessuto cellulare sotto-cutaneo e nei muscoli, e degli spandimenti torbidi nelle articolazioni: l'esame microscopico in queste diverse lesioni mostrò i caratteri non della suppurazione franca, ma di un processo necrobiotico accompagnato da obliterazioni capillari. Dispostissimo l'autore a mettere in relazione questi disordini coll'embolia capillare, volle dare a queste vedute la conferma dell'esperienza. Infatti egli riprodusse lesioni al tutto analoghe, iniettando delle polveri nell'aorta coll'aiuto di una lunga cannula introdotta nell'estremità centrale dell'arteria crurale, poichè esse lesioni riproducevansi nelle membra del lato opposto all'operazione.

Lo studio di questo gruppo di fatti è stato l'oggetto di un'attenzione particolare; le esperienze ingegnosamente variate, l'esame microscopico moltiplicato, sonosi prestati un mutuo appoggio per istabilire con chiarezza il carattere dell'eruzione speciale dei tegumenti, della pseudo-artrite, dell'infarto muscolare. Si vedrà più innanzi come un'ardita induzione ha tentata l'applicazione di queste conoscenze ad un certo numero di fatti clinici.

Fegato e pulmoni. — Questi due organi sono la sede prediletta degli infarti. Il fegato ed il polmone presentano due vie aperte all'embolia: da una parte ricevono, come tutti gli organi, il sangue aortico, e qualunque sia la piccolezza delle arterie bronchiali e dell'arteria epatica, è dimostrato dagli esperimenti e dalla clinica, che le materie polverulenti vi penetrano con facilità; d'altra parte essi hanno il privilegio di ricevere tutte le embolie, che hanno il loro punto di partenza nel sistema venoso (vena porta pel fegato, arteria polmonare pel pulmone).

Gli infarti epatici, che procedono dalla vena porta, non sono già conosciuti da ieri. Le esperienze di Cruveilhier, che levarono grande rumore verso il 1820, non sono invecchiate; è interessante il vedere come, in un lasso di cinquanti anni i procedimenti sperimentali, la descrizione delle lesioni, le applicazioni cliniche vadano fra loro in accordo. Sugli stessi fatti pertanto sonosi successivamente appoggiati e la dottrina erronea della flebite capillare, e la bella scoperta moderna dell'embolia colla sua patogenia meccanica ed il suo processo regressivo. Egli è che l'esperienza prepara solo i fatti, e li dispone sotto una luce favorevole; ma è duopo vederli bene. Cruveilhier considerava i risultati ottenuti cogli occhi dello spirito; i fisiologi moderni li osservano al microscopio.

Non vi è organo più del pulmone, in cui il diagnostico anatomico dell'infarto esiga imperiosamente l'intervento del microscopio. Due infermità estremamente frequenti, la tubercolosi e la pneumonite a focolai multipli, vi fanno nascere prodotti molto difficili a distinguersi da quelli generati dall'embolia capillare a certi periodi. Feltz ha consacrato all'analisi differenziale di queste lesioni molte pagine, la mercè delle quali la sua memoria sulle forme anatomo-patologiche della tisi pulmonare gli fornirono dei materiali di già preparati.

§ 4. — *Genesi e diagnostico delle embolie capillari.*

Fin qui non si è fatta menzione delle sostanze, che danno luogo all'embolia capillare, che in un modo assoluto, considerandole soltanto come prodotti estranei al sangue, mescolate a questo

Digitized by Google

fluido sotto forma pulverulenta. Conviene esaminare ora le circostanze accidentali o patologiche, che presiedono alla formazione di queste sostanze, ed alla loro diffusione nel sangue. Riavvicinando a questi dati sulla genesi delle embolie capillari, le conoscenze di già acquistate sui caratteri anatomici dell' infarto, si sarà in caso di indicare le regole generali del diagnostico clinico ed anatomo-patologico del processo morboso. — In un ultimo capitolo si cercherà di applicare queste regole alla analisi degli stati morbosi complessi, ove l' embolia capillare ha una parte più o meno importante.

Genesi delle embolie capillari. — Devonsi qui esaminare separatamente le embolie, i di cui materiali sono forniti (A) dal sangue stesso ; (B) dalle pareti del cuore e dei vasi; (C) da dei focolai esteriori aperti nella cavità del sistema vascolare.

A — Due ordini di fatti si rapportano al primo modo di formazione.

1.° Un grumo composto di fibrina e di globuli si è formato in una porzione del sistema vascolare; il coagulo invece di contrarre aderenze colla parete del vaso, e di obliterarne definitivamente il lume, subisce l' evoluzione regressiva, costituisce un focolaio rammollito, che ben presto spande nel sistema vascolare il suo contenuto di granulazioni fibrino-grassose. Questo è un accidente frequentissimo; e senza voler esporre in questo luogo la dottrina della trombosi, è da avvertirsi soltanto, che il coagulo può formarsi nelle vene, nelle cavità del cuore, nelle arterie; che la formazione di questo grumo riconosce molteplici fattori, l' inopesia, la leucocitosi, il rallentamento del corso del sangue, l' alterazione delle pareti del vaso; e che queste condizioni diverse trovansi associate a molte malattie. Sono da menzionarsi le cisti fibrinose della cavità del cuore e della parete arteriosa, la cui istoria si lascia ancora desiderare; i coagoli rammolliti degli aneurismi, le trombosi venose, che sopravvengono negli stati cachetici, nel corso delle febbri gravi, quelle che hanno il loro punto di partenza in un flemmone diffuso delle membra, nei traumatismi (soprattutto le fratture), nel sistema utero-ovarico, dopo il parto, nel sistema della vena porta in seguito di flemmasie dei visceri addominali ecc. Infine a norma della sede del trombo, sarà minacciata da embolia capillare l' uno o l' altra circolazione, l'aortica, la polmonare, o quella della vena porta.

2.° In un secondo ordine di fatti i corpuscoli solidi sono immediatamente generati dal sangue. La fibrina per esempio si deposita allo stato molecolare sulle valvole del cuore infiammate in certi casi di reumatismo articolare. Oppure sono granuli pigmentari, liberi o conglomerati, od inclusi nelle cellule, che Planez e Frerichs hanno riscontrato in certi infermi di febbri intermittenti inveterate, ed il di cui punto di partenza sarebbe la milza; invero le osservazioni di Frerichs tengono nota piuttosto della pigmentazione di certi organi, e dell' obliterazione dei capillari, di quello che di veri infarti. Ma Planez avrebbe trovato nel cervello piccoli focolai emorragici. Infine alla circolazione capillare può essere fatto ostacolo da globuli rossi alterati, o da troppo numerosi leucociti.

Le osservazioni di Wilks del 1861, le esperienze recenti di Wertheim permettono di affermare, che l'embolia capillare occupa un gran posto nei diversi fenomeni, che conseguono alle abbruciature. Nei capillari vicini a queste il sangue sottoposto ad un' elevata temperatura si decompone; i globuli rossi si agglutinano sotto forma di corpuscoli di differente dimensione, e trovansi in tutti i punti del sistema vascolare. Quando la morte avviene, rinvengonsi alla necroscopia ulcerazioni nel duodeno, infarti nel polmone e nel rene.

Le esperienze di Feltz confermano questi dati immersi dei conigli nell' acqua bollente, la morte fu il risultato di disordini pulmonari; in mezzo agli infarti i vasi erano obliterati da ammassi di fibrina, e di globuli decomposti. Un' osservazione pubblicata in antecedenza da Michel, tende a provare, che le congelazioni danno luogo ad accidenti della stessa natura; il dignostico delle embolie polmonari, che fu fatto durante la vita, venne confermato dall' autopsia.

I leucociti sono elementi normali del sangue, ma se sono troppo voluminosi per oltrepassare con pena certi capillari, si stipano volentieri alle pareti, e si agglutinano facilmente fra loro; tutte queste condizioni fanno conoscere, che se il loro numero viene a superare una certa proporzione, ne dovrà risultare un ostacolo per la circolazione capillare. All' infuori dei casi di leucemia franca, splenica o ganglionare, le condizioni patogeniche della leucocitosi sono multiple. Evvi dunque in questa alterazione un fattore dei più importanti per la genesi delle embolie capillari.

B — Le embolie, che hanno il loro punto di partenza in una alterazione della parete vascolare, formano una classe importante, mentre il parenchima del cuore è la sede dell' alterazione solo eccezionalmente; un infarto, una miocardite parziale finiscono per dar luogo ad un focolaio circoscritto, il quale può aprirsi in una delle cavità dell' organo e spandere nel torrente circolatorio un detrito polverulento. Più spesso gli strati profondi dell' endocardio e della tonaca interna delle arterie sono il centro di un lavoro di iperplassia. Nei casi cronici il prodotto di nuova formazione subisce in un tempo variabile la trasformazione granulo-grassosa, ed ora si sparge poco a poco nel sangue al modo di un' ulcera, ora vi irrompe entro come un ascesso, a seconda che la parete interna del vaso ha ceduto prima o dopo

Digitized by Google

il completo rammollimento del focolaio. Nella forma così detta ulcerosa dell'endocardite acuta, le embolie hanno eziandio per punto di partenza sia un'ulcera, che un ascesso; ma il disgregarsi dei nuovi prodotti si effettua in seguito di una rapida e speciale trasformazione, che nulla ha di comune col rammollimento grassoso dei casi cronici. Si attribuisce una gravità particolare alle embolie di questa provenienza, opinione che sarà discussa più avanti.

C — Le sostanze, che penetrano dal di fuori nelle vie della circolazione sono molto varie; sono queste, sempre come casi rari, l'aria, il grasso, il pus, il detrito della suppurazione o della gangrena, gli elementi di tumori diversi. Le pareti delle vene, più deboli, si lasciano con maggiore facilità perforare di quelle delle arterie, e l'ingresso delle sostanze estranee è favorito dalla disposizione di certe vene, il cui calibro è mantenuto beante in causa dei rapporti del vaso coi piani aponeurotici tesi, o colla superficie delle ossa.

La morte per ingresso dell'aria nelle vene ferite sarebbe dovuta, secondo Feltz, ad una interruzione del circolo polmonare per numerose e piccole colonne di fluido aereo, disseminate come altrettanti turaccioli nel sistema capillare. Il Michel sarebbe riuscito ad assistere a questi fenomeni, esaminando colla lente il polmone di una rana, cui aveva iniettata aria nelle vene.

Il passaggio del grasso liquido nell'interno delle *vene lacerate fu* constatato da Wagner, e più tardi da Leuker in seguito di fratture complicate delle ossa: la disposizione delle vene nel tessuto spongioso dell'osso, il predominio del grasso nelle alterazioni infiammatorie di questo tessuto, rendono sufficiente ragione di questi accidenti, che potevano già essere preveduti dopo le esperienze di Cruveilhier. Questo osservatore avendo deposto del mercurio in una escavazione di un'epifisi di un cane, trovò i globuli metallici in mezzo ad infarti multipli del polmone.

Parecchie osservazioni stabiliscono la possibilità di embolie capillari come conseguenza di rottura di focolai purulenti nei grossi tronchi vascolari: ascessi del mediastino aperti nell'aorta, ascessi del fegato perforanti la vena cava ecc. Si sono trovati pure focolai gangrenosi disseminati negli organi, in casi ove un focolaio primitivo, del polmone ad esempio, avrebbe versato il suo contenuto nelle arterie polmonari; l'interpretazione di questi fatti si vede nell'ultimo capitolo.

Devesi una menzione particolare alle neoplasie, i di cui prolungamenti si intromettono qualche volta nella cavità dei vasi, mescolando al fluido sanguigno il loro succo ricco di elementi cellulari. Questi elementi arrestansi nelle reti capillari le più vicine, e quivi comportansi in due maniere: o divengono il nucleo di una produzione neoplasiaca secondaria, oppure determinano soltanto gli effetti dell'embolia come tutti i corpi estranei.

Tre osservazioni raccolte nel lavoro di Feltz fanno conoscere: la prima, un cancro della glandola tiroide con prolungamento nella vena iugulare, e che diventa il punto di partenza di nuclei cancerosi nelle divisioni dell'arteria polmonare, che cagionano la morte improvvisa per embolie multiple; la seconda, tolta dalla clinica di Weber, un tumore encondromatoso del piccolo bacino con prolungamento nella vena cava, che ha dato origine a nuclei secondari e ad infarti nel polmone; la terza, un cancro del cardias con produzione secondaria di nuclei della stessa natura nelle diramazioni della vena porta. — In questi fatti i fenomeni dell'embolia capillare sono, come vedesi, collegati con quelli della generalizzazione dei tumori; e nei processi misti sembrano pure rivendicarne il secondo posto. Si avrà occasione di ritornare sui problemi sollevati da queste due questioni.

Diagnostico delle embolie capillari. — Ora sonosi passati in rivista gli atti morbosi, che costituiscono il dominio proprio dell'embolia capillare. In tutti questi atti il processo ha questo di particolare, che dipende da una materia morbifica visibile e palpabile, e che il modo di azione di questa materia non comporta mistero, essendo unicamente meccanica. Quando si è potuto determinare il focolaio, ove elaborasi il corpuscolo migrante; quando si è scoperta la provincia vascolare, ove il medesimo si è arrestato, obliterando e lacerando i piccoli vasi; quando sonosi riconosciuti i caratteri speciali della lesione o del sintoma, che è la conseguenza di questa obliterazione, è chiaro che si è in possesso degli elementi di un diagnostico rigoroso.

Disgraziatamente la conoscenza di questi tre termini suppone, che tutti gli organi siano a nudo sotto l'occhio dell'osservatore, e che i tessuti siano stati dissecati. Il clinico dispone soltanto di due di questi termini, ed eziandio molto imperfettamente. Egli può aver riconosciute nell'infermo le condizioni proprie a dar origine all'embolia, come sarebbe la formazione di un coagulo, o di uno stato discrasico del sangue, l'alterazione delle pareti del cuore o dei vasi, l'esistenza di un focolaio esteriore, la cui irruzione nel sistema vascolare sia imminente. In allora due casi potranno presentarsi: se il processo è cronico, si dichiareranno o il rammollimento cerebrale, o la distruzione a focolai multipli del pulmone, del fegato, della milza, dei reni, o la gangrena parziale delle membra, lesioni varie i cui segni possono essere oscuri, ed il cui significato può rimaner dubbioso. Se il processo è acuto, gli accidenti varieranno secondo il dominio vascolare ove si effettua; se nel sistema venoso generale, fenomeni di soffocazione ripetuti fino alla morte; se

Digitized by Google

in quello della vena porta, sintomi ancora mal determinati, forte ascite, flusso sieroso o sanguigno alla superficie dell'intestino; se nel sistema aortico, apparato sintomatico a fisonomia tifoide, stupore o delirio, lingua asciutta e screpolata, calore bruciante alla pelle alternante con orripilazioni e brividi, emorragie intestinali, esantema papuloso o petecchiale, ascessi multipli, amaurosi improvvisa, emiplegia ecc.

Le indecisioni del diagnostico clinico cessano esse almeno alla necroscopia? Trovansi qui i tre termini, che costuiscono il diagnostico ideale? Qualche volta veramente sì, e si danno casi dimostrativi, che hanno servito per istabilire la dottrina; ma bene spesso, dopo una paziente investigazione, si è costretti a riconoscere, che manca l'uno o l'altro elemento del diagnostico, ed in allora conviene esaminare partitamente il valore di ciascuno di loro.

Sul valore semeiotico dell'infarto si è toccato disopra; esso può riconoscere cause molteplici. Per questo non potrebbe accettarsi l'ardita proposizione, che è la base della dottrina di Feltz. «A fatti patologici circoscritti, conclude egli, a focolai di suppurazione isolati, ad alterazioni molto limitate occorrono cause locali per soddisfare lo spirito. Una cagione generale, discrasica, può ben tenerli sotto la sua dipendenza; ma fra la manifestazione locale e l'alterazione generale vi ha un fattore, che ci è incognito, ed è questo, che, secondo le mie presunzioni, si troverà nelle embolie capillari.» In questa maniera sono attribuite all'embolia le suppurazioni musculari ed altre di febbri gravi, l'alterazione di Zencker nella febbre tifoide, gli ascessi critici, gli spandimenti articolari pseudo-purulenti, che si osservano alcuna volta nel reumatismo acuto. A vero dire, se fosse d'uopo ricondurre a questa causa tutte le lesioni circoscritte di natura regressiva od emorragica, il dominio dell'embolia capillare si estenderebbe a tutta quanta la patologia. La localizzazione delle lesioni certamente solleva un problema misterioso, e si riconosce la necessità di ammettere con Feltz un fattore incognito; ma perchè esso non potrebbe esser multiplo?

Allorchè a lato della lesione locale l'autopsia scopre qualche focolaio, o qualche vizio del sangue, capace di fornire all'organo interessato i materiali dell'embolia, il diagnostico anatomopatologico acquista un certo grado di probabilità. Se i caratteri della lesione sono bene accentuati, se la sorgente dell'embolia è perfettamente autentica, il diagnostico potrà anche fondarsi con certezza sopra questi due termini; sarà permesso di trascurare la prova diretta, e cioè l'obliterazione vascolare, e la presenza nel mezzo dell'infarto di sostanze analoghe a quelle fornite dalla sorgente di lui.

Può presentarsi una terza circostanza: la sorgente dei corpuscoli migranti non è stata scoperta nè nel sangue, nè sulle pareti dei vasi, nè in verun focolaio esteriore al sistema vascolare. Tuttavia l'infarto compare co' suoi caratteri più netti, e nel seno di esso il microscopio riconosce i vasi obliterati da sostanze estranee evidentemente venute da lontano. In faccia ad una lesione così caratteristica, non è ad esitare, e si potrà sostenere, che l'embolia ha dovuto aver una parte produttrice nella malattia, attendendo con confidenza ad ulteriori ricerche per iscoprire l'incognito morboso elemento.

§ 5. — *Delle embolie capillari nei processi complessi.*

Nelle embolie sperimentali di Feltz, qualunque fossero le sostanze iniettate nel sistema vascolare, polvere di tabacco o di carbone, fibrina polverizzata, succo di certi tumori, gli effetti ottenuti erano sempre i medesimi. Tutto al più l'autore era indotto a pensare, che le sostanze estranee all'economia, incapaci di sciogliersi per una trasformazione grassosa, potevano esercitare una azione irritante in mezzo ai tessuti, e determinare qualche reazione inflammatoria localizzata. Nell'osservazione clinica frattanto la migrazione dei prodotti analoghi ai precedenti nelle vie circolatorie è accompagnata qualche volta da gravi sintomi, e da profonde alterazioni negli umori o nei tessuti dell'economia. Egli è che in allora alla materia inerte trovasi associato un elemento morboso, che l'esperimento aveva volontariamente rimosso, o che non aveva saputo conservare.

In questi processi complessi l'ufficio dell'embolia capillare è tolto o deviato dal suo modo abituale di essere. Così si è creduto di dovere esaminare in un capitolo speciale, se tale ufficio non fu tenuto a calcolo in certi casi, e se in qualche altro non fu esagerato. Sono da passare in rivista in un primo gruppo le malattie che danno origine, unitamente ai materiali dell'embolia, anche ad un principio zimotico (veleno septico o virus); in un secondo gruppo le malattie caratterizzate da una produzione neoplastica, la cui generalizzazione può effettuarsi per un meccanismo analogo a quello dell'embolia; un paragrafo sarà consacrato anche alla tubercolosi.

Malattie zimotiche. — Trattando del diagnostico si è segnalato questo fatto, che le embolie del sistema aortico si dichiarano spesso con un'apparenza di sintomi tifoidei. Osservata per la prima volta nell'endocardite ulcerosa, questa circostanza sembrò agli occhi di certi autori indicare uno stato infezioso del sangue. Friedreich, molto esplicitamente, suppone che l'endocardio nell'atto istesso che viene sminuzzato da un lavoro inflammatorio difterico, secerne un liquido icoroso, dotato di proprietà tossiche speciali. Una tale ipotesi sembra gratuita; i sintomi tifoidei riscontransi in realtà nei casi di embolia i più differenti;

Digitized by Google

erano perfettamente espressi nell' osservazione di Faivre e Christôt. Sembrano dipendere meno dalla natura del lavoro morboso generatore, di quello che dall'abbondanza dei corpuscoli migranti, e dal loro rapido ingresso nella circolazione generale.

Panum che iniettò nelle vene degli animali materie in putrefazione, ebbe a rimarcare, che gli infarti assumevano in presenza degli elementi septici una marcata tendenza alla suppurazione. D'altra parte alcune osservazioni mostrano, che le embolie diffuse di un focolaio gangrenoso hanno disseminata la gangrena negli organi, ove sonosi fissati. È bene rammentarsi di questi fatti nella interpretazione di certi accidenti delle malattie miasmatiche e putride. L'avvelenamento septico, caratterizzato, siccome lo sappiamo pei lavori di Coze e Feltz, da uno stato febbrile continuo, con certe alterazioni chimiche e microscopiche del sangue, e congestione dei visceri, non finisce ordinariamente con qualche determinazione locale. Ma egli è ben certo, che ogni lesione accidentale, qualunque ne sia la causa immediata, assume una tendenza alla suppurazione ed alla gangrena, che è l'espressione di una disposizione generale dell'economia. Nella generazione delle lesioni locali l'embolia capillare può senza dubbio giocarvi una parte (la leucocitosi fu segnalata quale un carattere in ispecie della intossicazione); ma non bisogna dimenticarsi, che altre cause possono essere presenti, la compressione dei tessuti pel *decubito*, la trombosi capillare (occasionata dal *ristabilirsi* della circolazione locale, l'inopesia ec.), non che altre circostanze imprevedute. Uguali considerazioni sono applicabili a certe malattie virulenti, come il vaiuolo, la scarlattina ecc.

Molto più considerevole è la parte dell'embolia capillare nella piemia (l'infezione purulenta, la febbre puerperale). Infatti qui la leucocitosi assume proporzioni eccessive, e costituisce un pericolo imminente per la circolazione capillare. D'altro lato le obliterazioni venose non mancano quasi mai, ed il rammollimento dei coaguli si effettua con una grande rapidità. L'infarto pioemico offre qualche particolarità nel suo corso e nella sua distribuzione. Le fasi differenti dell'evoluzione ne sono precipitose; un elemento infiammatorio si associa volentieri al processo regressivo; il rammollimento è rapido, e la distruzione si estende molto lontano nel parenchima circostante. La distribuzione delle lesioni nei tre grandi dipartimenti vascolari pare che abbia messo in imbarazzo qualche autore. Feltz inclina a pensare, che l'infarto è sempre primitivo nel fegato o nei polmoni; che l'obliterazione capillare in uno o nell'altro di questi organi induce la formazione di un trombo, il cui rammollimento dà luogo in seguito ad embolie secondarie nell'arteria polmonare o nell'aorta. È a rimarcarsi intanto 1.° che le suppurazioni muscolari e sottocutanee della pioemia non sono necessariamente l'effetto di una embolia, e che le embolie aortiche sono forse più rare di quello che si pensi; 2.° che la migrazione degli emboli venosi nella circolazione generale a traverso una rete capillare non è assolutamente impossibile, benchè l'esperimento non abbia potuto ottenerla; una delle osservazioni parla in favore di questa generalizzazione immediata; 3.° che la leucocitosi, causa innegabile di embolie capillari, esiste in ogni punto del sistema vascolare, ed a rigore darebbe una spiegazione sufficiente dell'insieme delle lesioni.

Malattie a prodotto neoplastico. — Nelle osservazioni riportate più sopra sonosi veduti tumori penetrar nelle vene, ed ivi ridursi in frammenti; gli elementi cellulari, trascinati dalla corrente sanguigna, eransi arrestati nel fegato, nel pulmone, od in altri organi, avendovi fatto nascere sia degli infarti, sia delle produzioni neoplastiche, conservando i caratteri del tumore che vi ha dato origine. È dunque bene stabilito, che l'embolia capillare costituisce uno dei modi della generazione delle neoplasie, ufficio probabilmente molto eccezionale, e la cui scoperta lascia al problema generale tutta la sua oscurità.

Un punto è degno di attenzione: se l'anatomia patologica ha potuto dimostrare in un certo numero di casi una simile generalizzazione, l'esperimento però ha quasi sempre mancato di riprodurla. Follin e Langenbeck ottennero qualche successo, sì raro, che puossi aver per fortuito; fra le mani di Feltz l'iniezione dei succhi cancerosi non ha giammai prodotto che l'infarto. È chiaro, che il processo naturale esige certe condizioni, di cui l'esperimento non è padrone.

Queste condizioni apparentemente sono di due sorta; esse riguardano o l'elemento migrante, od i tessuti in mezzo ai quali l'embolia si arresta.

Perchè l'operazione abbia qualche probabilità di successo, bisogna dapprima, che gli elementi migratori godano di una perfetta vitalità. Iniettarono Christôt e Kiener sotto la pelle di conigli frammenti di tumori diversi, e allorchè si trattava di prodotti presi dal cadavere, da operati da qualche ora, i frammenti inoculati scomparivano in modo invariabile per assorbimento, senza lasciare alcuna traccia; se per contro il frammento provveniva da tumori operati di recente, continuava a vivere in mezzo ai tessuti, e dopo sei settimane a due mesi fu trovato diminuito o aumentato di volume in limiti ristretti, e che conservava i caratteri di struttura, che furono riconosciuti e disegnati prima dell'operazione. Senza dubbio non è legitimo lo estendere le condizioni di riuscita di un innesto alle condizioni della riproduzione per embolia. Frattanto in quest'ultimo caso non possono concepirsi gli elementi venuti da lontano come costituenti un frammento di tumore vivente,

Digitized by Google

che contrae connessione di nutrizione cogli elementi normali in mezzo dei quali esso fu importato, e che in seguito trascina questi elementi nell'evoluzione neoplastica di cui è animato?

Se in queste esperienze dell'innesto la produzione straniera non diveniva invadente, fu perchè venne depositata in un terreno mal preparato. Nei fatti patologici, all'incontro, l'elemento migrante trovasi in verità in rapporto con tessuti normali, ma influenzato dalla diatesi dell'economia, e tutto disposto con probabilità a riceverne l'incitazione. Non è qui inutile intanto il richiamare alla mente che Goujon, per anteriori esperienze, ha veduto l'innesto del cancro in un sorcio dar luogo allo sviluppo di due o tre tumori sparsi negli organi, ossia ad una vera generalizzazione. In questi fatti, così contingenti, non si trova più la precisione e l'invariabilità degli effetti puramente meccanici dell'embolia.

Dell'embolia capillare nella tubercolosi. — Non si può terminare questo capitolo, e l'analisi del libro di Feltz, senza dire una parola dell'applicazione, che esso ha voluto fare del meccanismo dell'embolia alla patogenesi della tubercolosi artificiale, ed alla generalizzazione del processo nell'uomo. Le idee di Feltz possono essere riportate a tre punti.

1.° « La cachessia tubercolosa potrebbe essere definita una pneumopioemia; gli ascessi che sviluppansi sì di sovente nel tessuto cellulare, nelle pareti toraciche, al margine dell'ano ecc. le ulcerazioni non tubercolose dell'intestino avrebbero per punto di partenza delle embolie capillari di sorgente polmonare. » Qui è da obbiettare, che queste lesioni non hanno i caratteri anatomici dell'infarto, che sono propriamente infiammatorie, e trovano il più spesso la loro ragione nella vicinanza di un qualche focolaio tubercoloso.

2.° Un'osservazione di Feltz può riassumersi così: frattura comminutiva dell'estremità inferiore della gamba, amputazione consecutiva ad accidenti di riassorbimento, leucocitosi avanzata, morte con sintomi tifoidei; distruzione polmonare da infarti. L'osservazione è ben presa, e di molta prova, ma in nulla pregiudica la patogenia della tubercolosi. Venne osservato, durante un anno, un militare che morì di marasmo e di tisi: i primi fenomeni furono quelli di una tubercolizzazione degli organi genito-urinari e del retto; i segni della tisi polmonare non divennero palesi, che nei sei mesi che precedettero la morte. Alla autopsia, fu ricercata con cura la figliazione dei fenomeni; le vene del piccolo bacino, emananti dai focolai tubercolosi rammolliti, racchiudevano sangue fluido senza mescolanza dei prodotti puriformi. I pulmoni mostrarono caverne, pneumoniti lobulari caseose, granulazioni tubercolari, ma nessun vestigio d'infarto.

3.° « L'inoculazione del tubercolo ricavato da cadaveri, o quella di qualunque altro prodotto organico preso nelle medesime condizioni, può determinare lesioni polmonari, che non sono già il tubercolo, ma infarti od ascessi. Questi ascessi hanno per punto di partenza delle embolie capillari formate in luogo, in seguito di infiammazione della ferita, o arrivate nel circolo per diretta penetrazione nelle vene tagliate, o trasmesse per la via dei linfatici. » Queste conclusioni poggiano sopra tre serie di esperienze.

L'una di esse ha dato risultati negativi, e su questa non è a fermarsi. In un'altra serie si trovò, in un coniglio ucciso sei settimane dopo l'inoculazione, sette od otto granulazioni pulmonari biancastre, le quali furono riconosciute per piccoli ascessi di pus secco, in via di degenerazione grassosa: lesioni poco caratteristiche, in cui possono vedersi infarti, ma che possono ugualmente riferirsi a vestigia di qualche pneumonite lobare accidentale. In una terza serie, in un coniglio morto dopo sei settimane, presentossi un certo numero di infarti nei polmoni e nel fegato. Cosa è avvenuto dopo la inoculazione? Ha avuto il coniglio suppurazioni profonde ed estese, come spesso accade? L'osservazione è breve, e si ha il diritto di supporre, che l'animale fu vittima di una infezione pioemica, sopraggiunta in condizioni comuni.

Perroud. — *Dell'albuminuria e dei turbamenti della nutrizione delle membra inferiori da alterazione della midolla spinale.* — Journal de Médecine de Lyon, 1.° Avril 1868.

Se numerosi fatti dimostrano, che le lesioni della midolla spinale hanno un'influenza ben manifesta sulla nutrizione delle membra inferiori, è molto meno considerevole la copia delle osservazioni che tendono a provare, che queste lesioni possono provocare il passaggio dell'albumina nell'urina.

È vero, che l'Hamon assegna il più spesso un'origine nervosa all'albuminuria, e fa di questa malattia, nella maggior parte dei casi, un sintoma di una nevrosi; ma le prove che egli dà in appoggio della sua maniera di vedere, sono piuttosto teoriche che cliniche. Le osservazioni di albuminuria legata ad un'alterazione della midolla spinale sono rare; Becquerel ne riporta due, e sarebbe difficile l'aumentare molto questo numero; la qual cosa spiega la riserva dei patologi a riguardo di questa varietà di albuminuria. L'Abeille nel suo trattato non vi consacra che poche linee; i due dizionari di medicina in oggi in corso di pubblicazione non sono guari più prolissi.

Frattanto l'albuminuria per lesione nervosa e-

Digitized by Google

siste, e la si può provocare sperimentalmente sugli animali, ed i lavori del Bernard, dello Schiff e di altri ne fanno fede; la clinica ne offre qualche esempio. La rarità pertanto di questi fatti sprona l'autore a comunicare, unitamente a qualche riflessione, i casi seguenti, che gli fu dato di osservare nel suo servizio all'Hôtel-Dieu nell'anno trascorso.

Osservazione di mielite — paraplegia con albuminuria e turbamenti nella nutrizione delle membra inferiori — scomparsa di questi ultimi accidenti in coincidenza con notabile miglioramento della mielite.

Antonio Chaize giornaliero, di anni 46, entra al 9 Febbraio nel servizio dell'autore all'Hôtel-Dieu.

Quest'uomo asserisce non avere mai avuti accidenti sifilitici, ed infatti anche in oggi non ne ha traccia sui tegumenti, ma confessa di avere dopo il 20.° anno commessi eccessi alcoolici, e quando era in servizio militare di avere bevuta grande quantità di assenzio.

Quali antecedenti patologici racconta che a 23 anni contrasse una febbre grave, in seguito della quale ebbe a soffrire per sei mesi accessi epilettiformi, che si riproducevano circa ad ogni mese.

Nel 1846 e nel 1849 patì in Africa accessi di febbri intermittenti, che disparvero completamente dopo la durata di qualche settimana.

La sua infermità attuale data da sei mesi; essa ha cominciato nel mese di Luglio 1865. L'infermo lavorava allora a Vaise in un luogo umido; provò a tutta prima dolori nelle dita dei piedi, poco a poco questi dolori invasero le due membra inferiori, nel mentre che diminuiva in esse la forza muscolare.

Alla fine del mese d'Agosto i dolori occupavano i due piedi; la sensibilità generale frattanto era in essi notevolmente diminuita, perchè l'infermo non sentiva che molto imperfettamente il contatto del suolo e degli oggetti sui quali camminava. Nel mese di Novembre i dolori facevansi sentire fino nelle gambe, e l'ammalato era costretto di servirsi d'un bastone per poter camminare. Al principio di Dicembre l'indebolimento muscolare era eziandio più pronunciato, l'infermo era obbligato di cambiare il suo bastone colle stampelle, e i dolori invadevano le coscie.

D'allora in poi gli accidenti hanno continuato a progredire, di modo che al suo ingresso allo spedale l'infermo non può più tenersi in piedi, nè sedersi sul letto, nè sollevare le membra inferiori; egli è con gran pena che arriva ad imprimer loro alcuni movimenti col mezzo di qualche muscolo del bacino. I piedi, non sostenuti dai muscoli flessori, cadono in estensione sulla gamba, la sensibilità alle punture è completamente abolita nella pelle dei piedi, e moltissimo ottusa alle coscie, alle gambe al contrario si constata una vera iperestesia cutanea.

L'infermo accusa spessi formicolamenti nelle dita dei piedi; ma ciò che lo preocupa di più sono i vivissimi dolori, che prova in tutta l'estensione delle membra inferiori, dal piede fino all'anca. Questi dolori si fanno sentire soprattutto nella notte, e vengono ad accessi sotto forma di lanciate folgoranti.

Nessun incomodo nell'emettere le urine e le feci; nessun dolore a cintura; diminuzione dei movimenti riflessi; nessun turbamento nell'intelligenza; non febbre; le membra inferiori sembrano un poco più rosse, e calde al tocco che l'addome ed il petto. Da tre settimane leggero intormentimento con debolezza muscolare nelle membra superiori.

L'infermo ha presa l'ergotina (2 grammi) e l'estratto di belladonna (0, 05): frattanto gli accidenti aumentano, il rossore, il calore delle membra inferiori divengono più pronunciati, ed al 14 Febbraio si osserva un poco di edema alle gambe.

Questo edema aumenta poco a poco, ed al 19 le urine, che si esaminano per la prima volta, sono colorite normalmente, limpide, senza odore anormale, ma contengono gran quantità di albumina. Perroud continuò allora l'uso dell'ergotina e della belladonna, di cui s'aumentò la dose, e s'aggiunse alla prescrizione due grammi di soluzione normale di percloruro di ferro, e l'applicazione di due caustici di potassa alla regione lombare.

Il 4 Marzo il percloruro non fu più tollerato dallo stomaco; ma l'edema pareva meno pronunciato (percloruro di ferro 1 grammo): si applicano due nuovi caustici al disopra dei precedenti, e l'ergotina è sospesa dopo sei giorni.

Il 7 Marzo l'urina presenta una nube di muco assai denso, non che un leggero precipitato albuminoso. Il rossore ed il calore delle membra inferiori sono notevolmente diminuiti, l'edema pure è scomparso, e dopo alquanti giorni ritorna la motilità; qualche movimento può essere eseguito colle gambe, e se l'infermo è sostenuto, è capace di tenersi in piedi.

Da questo istante gli accidenti migliorano con rapidità; al 27 l'edema delle membra inferiori è affatto nullo; le urine non contengono più traccia d'albumina, ma nel raffreddarsi lasciano un deposito pulverulento biancastro. L'infermo prende sempre un grammo della soluzione di percloruro di ferro, e sei centigrammi d'estratto di belladonna: i cauteri lombari suppurano convenevolmente.

Il 13 Aprile il malato chiede la sortita dall'ospitale: in questo momento esso risente ancora qualche dolore alle dita dei piedi; questi sono rigidi e mantenuti flessi sul piede; le masse muscolari delle gambe sono un poco dolorose alla pressione, ma l'anestesia cutanea è svanita; i movimenti

Digitized by Google

sono in parte ripristinati, l'infermo non può camminare, ma solleva facilmente le gambe al disopra del suo letto; può sedersi, ed anche tenersi in piedi, se lo si sostenga alcun poco; l'albuminuria e l'anassarca sono nulle; il rossore ed il calore persistono eziandio alquanto sulle gambe. Non ha più dolori rachidiani, nè dolori a cintura; nessun turbamento nel mitto e nella defecazione, e non ha febbre.

Noi abbiamo insomma una mielite acuta in un uomo di 46 anni, dedito altre volte alle bevande alcooliche. Verso il sesto mese di malattia, allora quando la paraplegia era pressochè completa, sopravvennero da parte delle membra inferiori disordini di nutrizione, caratterizzati da rossore e calore, e da un certo grado di edema duro; nel tempo istesso comparve nell'urina grande quantità di albumina, senza che essa fosse purulenta o contenesse sangue. Questa albuminuria disparve nel tempo medesimo in cui miglioravano i disordini della motilità e della sensibilità delle membra inferiori, e nel mentre che diminuivano pure i turbamenti della nutrizione. Questa considerevolissima migliorìa avvenne sotto l'influenza dell'applicazione di parecchi cauteri lungo la colonna vertebrale, e l'amministrazione interna della belladonna, della segale cornuta e del percloruro di ferro, medicamenti ai quali si accorda in generale un'azione tonica e spasmodica dei capillari della midolla.

L'autore crede inutile l'arrestarsi lungamente per istabilire l'esistenza della mielite e dell'albuminuria; la paraplegia, i dolori delle membra inferiori, i formicolamenti dei piedi, l'analgesia, come anche gli accidenti da parte della nutrizione e delle urine, provano a sufficienza la infiammazione della midolla. Quanto all'albumina trovata nell'urina, essa sta a rappresentare un'albuminuria vera o di provenienza uropoetica, piuttosto che il risultato naturale della presenza di una certa quantità di sangue o di pus nella vescica, perchè questi due liquidi non furono giammai riscontrati nell'urina di quest'infermo. Una questione più propria ad essere discussa quella si è dei rapporti dell'albuminuria e dei dissesti nutritivi delle membra inferiori colla malattia della midolla.

Questi accidenti diversi sono dessi primitivi, oppure non sono che consecutivi all'affezione midollare? Ed in quest'ultimo caso, come spiegare l'azione della mielite quale causa del passaggio dell'albumina nelle urine, e del rossore con calore ed edema duro delle membra? Ecco i due punti che Perroud passa rapidamente ad esaminare.

Le paraplegie consecutive con lesioni viscerali, e soprattutto con lesioni degli organi genito-urinari, sono ben cognite; Brown-Séquard ne fa delle paralisi riflesse; altri, appoggiandosi ad una opinione più antica, le considerano, forse con più ragione, come paralisi da spossamento nervoso. Senza voler discutere questi due modi di vedere l'autore fa rimarcare, che nelle due ipotesi tutti gli osservatori accordansi per riconoscere nella paraplegia dei caratteri ben diversi da quelli offerti da questo infermo; i caratteri della paraplegia detta riflessa sono negativi, sembrano rapportarsi all'anemia ed alla depressione dell'attività della midolla, piuttosto che all'irritazione di quest'organo; la paralisi in questi casi non accompagnasi nè con dolori, nè con iperestesia, nè con disordini della nutrizione, e delle urine; ogni accidente svanisce nel tempo istesso che scompare la lesione viscerale, che mantiene i fenomeni di astenia; in ultimo il trattamento il più efficace in tal caso consiste in mezzi eccitanti, ed in medicamenti capaci di congestionare la midolla.

Sono caratteri diametralmente opposti quelli che vennero constatati nella paraplegia dell'infermo in discorso. In lui la paralisi fu accompagnata da sintomi evidenti d'irritazione midollare, e questa ha ceduto a mezzi antiflussionari; infine quella persisteva ancora in parte dopo la scomparsa completa dell'albumina delle urine, e la notabilissima diminuzione dei disordini nutrizi delle membra: per l'autore questi ultimi fenomeni erano dunque sotto la dipendenza della lesione della midolla, cagionati e mantenuti da essa. Ecco le prove che egli cita all'appoggio del suo modo di vedere, pròve che vengongli fornite dalla fisiologia sperimentale.

È noto che C. Bernard provoca l'albuminuria offendendo un certo punto del pavimento del quarto ventricolo (1); Schiff (2) determina lo stesso fenomeno interessando la midolla spinale nella regione dorsale; Brown-Séquard (3) sezionando una metà laterale dello spinal midollo produce disordini di nutrizione nel rene del lato corrispondente, e trova che il rene della parte opposta resta sano.

D'altra parte Morel di Strasbourg (4) in un cane, che ha sopravvissuto trentasei ore all'operazione, ha prodotto il passaggio dell'albuminuria nelle urine, tagliando i nervi che si distribuiscono ai reni. La stessa lesione ha generati disturbi considerevolissimi di nutrizione, perfino la fusione purulenta dell'organo, in animali che vissero più lungo tempo fra le mani di Marchand, Müller, Armand, Moreau ecc. (5). L'albumi-

(1) Cl. Bernard. Leçons sur le système nerveux.

(2) Jaccoud. Des paraplégies.

(3) Brown-Séquard. Journal de physiologie, 1863.

(4) Picard. De l'urée et de sa diffusion dans l'economie. Strasbourg, 1856. Thèse.

(5) Cl. Bernard. Leçons sur le liquides de l'organisme T. II. Page 496.

Digitized by Google

nuria, ed alterazioni più gravi dei reni furono pure ottenute in seguito a lesioni dei plessi renali da Krimer, Brachet, Peipers, Valentin, Ludwig ecc. citati da Stokvis (1).

Questi fatti tendono a dimostrare, che i nervi che presiedono alla secrezione dell'urina ed alla nutrizione dei reni, provengono in parte dal grande simpatico extra-midollare, ed in parte da differenti punti della midolla spinale, come il pavimento del quarto ventricolo, e la regione dorsale (2); dimostrano ancora che questi nervi seguono nella midolla un tragitto diretto e discendente, senza presentare decussazioni in tutta la lunghezza del loro corso.

Un gran numero di esperienze fisiologiche tendono a provare, che i nervi, che presiedono alla circolazione ed alla nutrizione delle membra, hanno origini analoghe, e seguono entro la midolla un uguale tragitto.

Così Schiff (3) ha potuto dedurre dall'insieme delle sue esperienze, che i nervi vaso-motori del piede e della gamba vengono dalla regione lombare della midolla, aventi origini multiple scaglionate dal basso all'alto. Una parte di questi nervi si distribuiscono col crurale e lo sciatico, le altre vanno direttamente, ai vasi che accompagnano. I vaso-motori della coscia, del bacino e delle pareti dell'addome nascono un poco più in alto del termine della regione dorsale della midolla.

L'osservazione clinica prova, che la midolla spinale non è la sola parte dei centri nervosi cerebro-rachidiani, che provveda le membra dei nervi *trofici*; numerosi esempi di emiplegie complicate da rossore, ed anche da escara delle natiche fanno credere che una parte di questi nervi hanno la loro origine fino nel cervello istesso.

Questi dati sono generalmente accettati; un punto però è ancora in contestazione. Brown-Séquard pensa che questi nervi seguano nella midolla un tragitto, diretto senza decussazioni (4), mentre Schiff, ammettendo anche che quelli del piede e della gamba abbiano un tragitto diretto, crede che quelli del bacino e della coscia subiscano una decussazione quasi subito dopo il loro ingresso nella midolla.

D'altra parte Bernard (1) dimostra, che si potevano ottenere effetti vascolari e calorifici sulle membra posteriori, tagliando i filetti del gran simpatico, che stanno sui lati delle vertebre lombari, e questo senza offendere i nervi del plesso lombo-sacrale.

Questi fatti provano evidentemente, che i nervi che presiedono alla circolazione nelle membra inferiori, come quelli che regolano la circolazione dei reni, riconoscono due sorta di origini, sembrando provenire gli uni dalla catena extra-vertebrale del gran simpatico, gli altri dai centri nervosi cerebro-spinali e soprattutto dalla midolla spinale.

Questi due ordini di nervi non hanno già sulla circolazione e la nutrizione gli identici effetti.

I nervi di provenienza simpatica determinano l'ischemia quando si irritano, e la congestione, e niente altro che la congestione, quando si tagliano o si paralizzano. I nervi di provenienza cerebro-spinale producono piuttosto l'ischemia allorchè si tagliano, e se si irritano danno luogo ad una congestione, che può finire con lesioni di nutrizione più o meno gravi.

Infatti si è colpiti da una cosa, leggendo le differenti esperienze dei fisiologi che abbiamo citati, e cioè, che per produrre effetti vascolari basta tagliare i filetti del gran simpatico, mentre che bisogna lacerare od irritare i nervi di provenienza rachidiana; egli è pungendo ed irritando fortemente il nervo ischiatico che Schiff produce il rossore del membro inferiore, ed è lacerando la midolla che questo esperimentatore, come Brown-Séquard, determina lesioni di nutrizione nelle membra e nei reni; egli è galvanizzando la midolla che Samuel ha provocato fenomeni analoghi.

Sembra risultare da questi fatti, che i fenomeni vascolari di origine simpatica sono fenomeni passivi, accidenti di paralisi, e quelli che provengono da una lesione dei centri encefalo-rachidiani sono fenomeni attivi o di irritazione.

Altri fatti parrebbe dimostrassero, come l'autore ha accennato, che i fenomeni del primo ordine si limitano ad un semplice rossore con calore, ma senz'altro disturbo di nutrizione, nel frattanto che quelli del secondo, più complessi, finiscono per dar luogo a disordini qualche volta assai profondi nella nutrizione delle parti innervate.

Infatti si sa che Bernard ha potuto conservare per molti mesi dei conigli, ai quali aveva tagliato il gran simpatico al collo, senza che questi ani-

(1) Stokvis. Recherches expérimentales sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie. Journal de Bruxelles, 1867.

(2) Risulta da parecchi fatti sperimentali, che il midollo non è già la sola parte dei centri nervosi, che presiede alla secrezione dell'urina. In una memoria importante sopra le *condizioni patogeniche dell'albuminuria* Stokvis ricorda, che la sezione intra-craniense del nervo trigemello può produrre il passaggio dell'albumina nelle urine (Longet), come la sezione dei peduncoli cerebrali (Schiff) o dei peduncoli cerebellari (Bernard).

(3) Schiff. Communications à l'Académie des sciences de Paris, — et Jaccoud. Études sur les paraplégies, page 198.

(4) Brown-Séquard. Journal de physiologie, 1863, page 636.

(1) Cl. Bernard. Journal de physiologie, 1862, page 388.

Digitized by Google

mali presentassero altra cosa, in ordine a lesioni nutritive, che rossore dell' orecchio corrispondente. Ollier ha potuto allevare dei giovani conigli, cui egli aveva praticata la stessa operazione, e convincersi che il taglio del nervo non aveva influenza alcuna sopra la nutrizione e lo sviluppo delle parti innervate; gli animali crebbero e si svilupparono in maniera normale e simmetrica.

Le cose sono ben diverse nel caso di lesione della midolla, o di irritazione dei nervi rachidiani: le parti divengono sede di edema, di suppurazione o di cangrena, od almeno l'epidermide si altera, e la pelle indurisce e perde la sua elasticità.

Wittich (1) ha dimostrato, che una distinzione analoga doveva esser fatta, dal punto di vista dell'albuminuria, fra i diversi nervi, che i reni ricevono. Quelli fra questi nervi, che sono collocati fra l'arteria e la vena renale, possono essere tagliati senza che ne consegua il passaggio dell'albumina nelle urine (esperienze fatte sui cani ed i conigli); i nervi all'incontro, che circondano direttamente l'arteria, non possono essere offesi, senza che sopravvengano l'albuminuria ed anche alterazioni molto gravi dei reni.

In presenza di questi differenti fatti Perroud è condotto a pensare, che i nervi vascolari simpatici, e quelli di provenienza cerebro-spinale hanno sulla nutrizione e la circolazione azioni differenti ed eziandio antagoniste.

I primi sono semplicemente motori dei vasi, e si limitano a determinare la contrazione vascolare e l'anemia allorchè si eccitano, ed a lasciare i vasi dilatarsi e le parti farsi iperemiche quando sospendasi la loro azione. I secondi per contro danno luogo a fenomeni inversi, ed è la loro paralisi che coincide colla contrazione dei vasi e l'anemia, e la loro eccitazione che è seguita da iperemia, ma da una iperemia che qui non è semplicemente passiva, ma attiva o congestiva, e che può terminare con disturbi di nutrizione più o meno avanzati.

Se il modo d'azione dei nervi della prima classe è facile ad essere compreso, non è così per quelli della seconda. Bisogna ammetere con Virchow, che questi ultimi agiscano dilatando i capillari in una maniera attiva? Questo modo di vedere è accettato da Jaccoud (2), da Billroth (3) ed altri, ma la costituzione anatomica dei vasi sanguigni non permette di comprendere questa dilatazione attiva delle pareti vascolari. È d'uopo considerare con altri fisiologi, che i nervi vascolari d'origine cerebro-spinale siano nervi d'arresto, e producano la congestione sospendendo l'azione dei nervi simpatici costrittori dei vasi? Ma questo modo di vedere cade dinanzi a questo fatto, e cioè, che l'eccitazione dei nervi cerebro-rachidiani produce l'iperemia e l'ipersecrezione tanto dopo la sezione dei filetti simpatici che colla integrità di questi nervi.

La teoria, che Vulpian ha esposta nella sue lezioni al Museo, pare all'autore preferibile. Questo autore ammette che i filetti nervosi d'origine cerebro-spinale agiscano direttamente sopra gli elementi anatomici delle parti ove si diramano, e di cui eccitano l'attività nutritiva e funzionale.

Egli è da questa irritazione cellulare, che derivano sia le ipersecrezioni, sia le ipergenesi ed i disordini vari della nutrizione, come pure le iperemie, che sono iperemie note per *vis a fronte*, analoghe a quelle, che si determinano posando una goccia di un liquido irritante in un punto dell'area vascolare dell'embrione, prima della comparsa del cuore, e ben diverse da quelle iperemie per *vis a tergo*, quali le produce la paralisi od il taglio dei filetti vaso-motori del simpatico.

L'autore crede dalle cose precedenti di poter concludere:

1.° L'albuminuria e le alterazioni di nutrizione delle membra inferiori possono riscontrarsi nella mielite quale risultato della lesione della midolla spinale. L'osservazione clinica e l'esperimento fisiologico si accordano a dimostrarlo.

2.° In questi casi l'albuminuria ed i vizi di nutrizione sono fenomeni attivi o da irritazione, ben diversi dalla semplice congestione con calore, che il Bernard produce nelle membra inferiori, tagliando i filetti del simpatico lombare, accidenti semplicemente passivi o da paralisi.

3.° Il fatto che l'autore ha riportato è un esempio interessante di albuminuria nervosa, attiva con disordini nutritivi di irritazione.

Bizzozero. — *Sulla funzione ematopoetica del midollo delle ossa.* — Gazz. Med. Lombarda, 1868.

Gli studi che formano l'oggetto di questa nota ebbero per risultato di dimostrare che, secondo ogni probabilità, il midollo delle ossa ha un ufficio ben più importante di quello che gli fu finora attribuito; ch'esso, cioè, ha parte colla milza, colle ghiandole linfatiche e cogli altri organi linfoidi alla fabbricazione degli elementi del sangue. Già fino dal 1865 io aveva scoperto e pubblicato (1) che il midollo rosso della rana e della gallina consta per massima parte di cellule a protoplasma contrattile, eguale in tutto alle cellule semo-

(1) Stokvis. Journal de médecine de Bruxelles, 1867.
(2) Jaccoud. Études sur les paraplegies, 1864.
(3) Billroth. Pathologie chirurgicale génerale.

(1) V. i Rendiconti del R. Istituto Lombardo.

Digitized by Google

venti del tessuto connettivo ed alle cellule linfatiche. — Questo fatto, constatato anche da altri osservatori, fu registrato in varie opere di istologia e di fisiologia, ad esempio, nei trattati di istologia di Köllicher e di Frey e nella *Fisiologia del cuore* di Valentin. — Più tardi estesi i miei studi al midollo dei mammiferi; ma, distratto da altri lavori, non li potei continuare che a lunghi intervalli. Ad ogni modo io era giunto alla conclusione che anche nei mammiferi il midollo contiene una quantità relativamente enorme di cellule semoventi; e questo reperto, unito alla quantità ed alla disposizione dei vasi sanguigni ed alla natura delle cellule che lo compongono, mi avevano condotto a pensare che il midollo potesse essere considerato come un organo ematopoetico per eccellenza. — Io aveva partecipato queste mie idee e dimostrato i miei preparati a molti de' miei amici, ed in ispecial modo al Prof. Mantegazza, ai dottori Manfredi e Golgi e ad altri che frequentavano il Laboratorio. Ma l'importanza stessa del risultato mi imponeva di andar cauto nel pubblicare il risultato delle mie osservazioni e di confermarle prima con nuove ricerche.

Ritornato or ora dalle vacanze di autunno, mi venne alle mani una Comunicazione preventiva del Prof. E. Neumann, inserita al N. 44 del 10 Ottobre del *Centralblatt f. med. Wissenschaften*, risguardante appunto la parte che piglia il midollo nella produzione del sangue. L'autore scoprì nel midollo dell'uomo e del coniglio delle *cellule sanguigne rosse nucleate*, identiche in tutto cogli stadi embrionali di sviluppo delle cellule sanguigne rosse. Queste cellule deriverebbero probabilmente dalle cellule midollari; diffatto la grande ricchezza del sangue dei vasi midollari in elementi incolori renderebbe probabile una continua trasmigrazione delle cellule dal midollo nei vasi.

Dopo la pubblicazione di questo lavoro di Neumann, stimai necessario di far conoscere senz'altro indugio anche il risultato de' miei studi. Ed è appunto ciò che faccio ora esponendo in poche parole, secondo quello che osservai, la struttura istologica del midollo del topo bianco, del coniglio e dell'uomo. — Una descrizione più dettagliata verrà da me data, spero, fra breve tempo.

Il midollo freschissimo (esaminato in un liquido indifferente e riscaldato alla temperatura normale del corpo col tavolino di Schultze) contiene, quale elemento principale, un immenso numero di cellule semoventi, simili in tutto alle semoventi delle ghiandole linfatiche, della milza, ecc. La loro grossezza varia assai; il loro protoplasma talora è omogeneo, talora contiene un maggiore o minor numero di granulazioni adipose, che variano in quantità, specialmente a seconda dell'età dell'animale. — Negli animali adulti, oltre a questi elementi, si hanno anche numerose cellule adipose, che sono causa del color giallognolo del midollo adulto.

In sezioni di midollo rosso indurito con acido cromico è facile lo scorgere che le cellule semoventi stanno addossate le une alle altre; ad onta di ciò sta fra esse un po' di sostanza intercellulare, che non si può studiare nel fresco, ma che coll'aiuto dell'acido osmico, benchè con molta difficoltà, si può talora isolare in piccoli frammenti; ed allora appare sotto forma di fino reticolo.

I vasi sanguigni, che studiai con iniezioni del femore e della tibia di coniglio, decorrono generalmente verso l'asse del midollo; su sezioni trasversali poi si scorge che le arterie, in numero di una o più, inviano diramazioni, che scorrono verso la periferia, emettendo di rado rami secondari e capillari; mentre le vene hanno decorso centripeto, e constano di grossi rami frequentemente anastomizzati fra loro e limitati da una membrana così sottile che, su sezioni di pezzi induriti, appare come una sottilissima linea.

La quantità dei vasi sanguigni, la sottigliezza della loro parete, l'essere a contatto di questa le cellule midollari semoventi, ci danno la spiegazione della ricchezza in elementi incolori del sangue dei vasi midollari osservata da Neumann.

Oltre alle cellule linfatiche, nel midollo sono degni di nota altri elementi, che probabilmente hanno una parte importante nella produzione dei globuli rossi. Vi si scorgono cioè delle cellule della grossezza di 8 o 10 micromillimetri, incolore, con un grosso nucleo pure incoloro e finamente granuloso; poi altre cellule simili alle precedenti, ma con nucleo più omogeneo e di colore leggermente rosso-giallognolo; poi altre ancora con nucleo perfettamente omogeneo, del colore istesso dei globuli rossi, che riempie quasi completamente la cellula: lo scarso protoplasma è ora incoloro, ora, e più spesso, di colore giallognolo; infine altre ancora, che non si distinguono dai globuli rossi che pel sottilissimo velo di protoplasma, più o meno colorato, che circonda il nucleo. Non di rado fra questi elementi ne stanno altri *che vanno moltiplicandosi per scissione;* hanno forma di cifra 8, e contengono due nuclei giallo-rossigni ed omogenei. L'assieme di queste forme ci permette di considerarle come stadii di passaggio dalle cellule bianche alle cellule rosse.

Riassumendo, nel midollo noi abbiamo probabilmente un attivo focolaio di produzione di globuli bianchi e di globuli rossi. I bianchi non sarebbero altro che le cellule midollari semoventi; i rossi invece nel coniglio deriverebbero da cellule incolori, ed il punto di partenza della trasformazione starebbe nel nucleo, il quale, invece di distruggersi, come viene ammesso generalmente, ingrandisce, diventa omogeneo e si colora coll'ematina, mentre il protoplasma si colora più

Digitized by Google

tardi del nucleo e poscia scompare o si fonde colla sostanza del nucleo.

L' importanza del midollo per l'ematopoesi viene confermata da un fatto che ho osservato nelle rane. Il sangue della rana è più ricco di globuli bianchi nell'estate che nell'inverno; secondo i calcoli di Rovida la proporzione in Febbraio ed Agosto sarebbe di 3,88: 8,97. Or bene, in inverno il midollo è quasi per intero costituito da cellule adipose; nell' estate consta esclusivamente o quasi di cellule semoventi; e ad un esame attento non è raro riscontrare dei capillari che contengono pochi globuli rossi e numerosissime cellule incolore.

Magnan. — *Della paralisi generale.* — (Arch. de Physiologie 1868 — Gaz. des Hôp. 1868) Journ. de Méd. de Lyon 1.° Octobre 1868.

Il riassunto del lavoro primo di Magnan (*Arch. de Physiologie*) è che il processo morboso della paralisi generale consiste in una infiammazione interstiziale, in una proliferazione nucleare della guaina cellulare (nevroglia), nella quale sono sepolti gli elementi nervosi, cellule e tubi, e della parete dei capillari; la sostanza corticale e la sostanza bianca sono ugualmente affette. Ma ciò che è stato soprattutto bene studiato da Magnan, sono le lesioni midollari della paralisi generale, lesioni costanti, ora primitive (paralisi generale ascendente), ora secondarie (paralisi generale discendente), lesioni della midolla il cui processo è lo stesso di quello dell' encefalo, nella midolla però meglio distinto, perchè esso raggiunge qui la sua ultima evoluzione, mentre nel cervello la morte arriva prima. Questo processo consiste nella necrobiosi lenta, nella frammentazione degli elementi nervei divenuti per intero grassosi, sotto la influenza della compressione esercitata su di essi dai sepimenti cellulari, che sono stati inspessiti dalla infiammazione.

Nelle sue lezioni pubblicate nella *Gaz. des Hôpitaux* il Magnan tenta dapprima di descrivere l' imbarazzo della loquela nel paralitico. « È una specie di arresto, egli dice, di sospensione o di sforzo, nella pronunzia di certe parole, in particolare delle labiali; é, se vuolsi, la scossa della ruota lanciata sopra una superficie liscia, che incontra una pietruccia; avvi sbalzo, e, se molte pietruzze si succedono, parecchi sbalzi ravvicinati . . . . ». L' autore segnala poscia le piccole ondulazioni della superficie della lingua, i movimenti vermicolari dovuti alla contrazione irregolare dei muscoli intrinseci della medesima; più tardi sarà un tremito generale della lingua. I muscoli che convengono verso l' orbicolare delle labbra, soprattutto i zigomatici e gli elevatori, presentano pure dei movimenti fibrillari visibili, quando l' infermo si prepara a parlare.

Parlando dell' anestesia e dell' iperestesia, la seconda molto più rara della prima, l' Autore richiama alla memoria l' opinione di Michea, che consiste nel risguardare l'anestesia o l' iperestesia dei paralitici come la causa principale delle idee ipocondriache, che presenta qualcuno di essi.

Ecco alcuni fenomeni che meritano di fissare l'attenzione, e che non si osservano guari coi caratteri indicati che nella paralisi generale: « Intorpidimento, formicolio delle mani e talfiata dei piedi, poi dei crampi, massime ai polpacci, con lampi dolorosi, stiratura e torsione muscolare; qualche volta si scorgono nei muscoli dei piccoli movimenti, dei quali gl' infermi hanno coscienza. Di rado simiglianti dolori si presentano nei membri superiori. »

Rispetto ai disordini intellettuali, che aprono la scena morbosa, egli fa riflettere, che come al principio il medico non si accorge dei disordini fisici, e soprattutto dei disordini di motilità delle braccia e delle mani, che negli infermi dati ai lavori manuali; così i disordini intellettuali del primo periodo non sono ben sensibili che negli ammalati, il cui cervello lavora molto: in ogni modo è la diminuzione della memoria che si mostra per prima.

Terminiamo con l' indicazione di certe lesioni della retina, spettanti alla paralisi generale, e che la scienza deve a Magnan; egli già ne aveva fatto oggetto di una comunicazione alla Società di Biologia. Lungo i vasi, massime le arterie, di rado lungo le vene, che partono dal centro della papilla, si vede coll' oftalmoscopio un'orlatura pallida e regolare, orlatura che differisce da un'altra orlatura giallastra ed ineguale, che appartiene alla demenza senile, ed è di natura ateromatosa, grassosa, mentre la prima è di natura sclerosa. Le due lesioni retiniche ripetono sulla retina, la quale è considerata come un' appendice del cervello, le lesioni cerebrali vascolari proprie a ciascuna delle due malattie.

Bergeret. — *Dispepsia ribelle guarita col lievito.* — Annali di Medicina Pubblica.

In una signora tormentata da lungo tempo da assai molesta dispepsia, dopo di avere tentati diversi rimedi, e perfino lo sciroppo di pepsina, con poco vantaggio, l' autore ricorse al lievito comune del pane. Ne amministrò un cucchiaio da caffè, stemperato in un bicchiere d' acqua zuccherata; dopo avere decantato il liquido, lo diede a bere subito dopo preso l' alimento: in 15 giorni la paziente aveva già buone digestioni.

È un rimedio assai alla mano, e degno certo di essere tentato.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 2. BOLOGNA 28 Febbraio 1869.

MEMORIE ORIGINALI

SUL CANCRO DELLO STOMACO

DALLA PRATICA PRIVATA

DEL

Prof. LUIGI CONCATO

Sul cancro dello stomaco! Invero è un argomento, diranno i lettori di questo periodico, che non sappiamo come meriti menzione particolare. Che può mai aversi osservato di nuovo, che valga a preservarci da un errore di diagnosi, od a fornirci di guida più sicura o meno incerta nella prognosi, o finalmente aiuti a trarci dal penoso imbarazzo, ogniqualvolta dinanzi codesta malattia ci è forza confessare, che sapere non è ancora volere, e sapere e volere non sono ancora potere! Veramente, per quanto vi fosse a dire sulla pretesa facilità di diagnosi nel cancro di stomaco, tanto considerato in sè, quanto in rapporto ad *altre alterazioni* di quel viscere, che lo possono incitare; e fra il caso nel quale si manifesta obbiettivamente, colla chiarezza d'un oggetto visto ed osservato in piena luce di sole, e quello ove la esistenza sua s'intravvede malamente a traverso il crepuscolo della etiologia, o di sintomi funzionali generici senza significato speciale, siavi una distanza grandissima; per quanto le storie che narrerò, appartenendo ai carcinomi compresi nella 2.ª specie, non possano considerarsi come infruttuose per la pratica, e meritevoli quindi di essere portate a pubblica conoscenza; nullameno nessuno di questi motivi mi ha spinto a pubblicarle. A tale scopo meglio sarebbe stato averne tenuto conto in un lavoro comparativo, destinato a far risaltare le varie forme cliniche del cancro allo stomaco, e servire di guida che preservasse dal pericolo di errare incerti fino all'ultimo.

L'argomento che ho tenuto d'occhio nella redazione delle infrascritte osservazioni, è di interesse più generale, e più scientifico che pratico; un argomento discusso sempre e sempre contestato e contrastato, quello delle discrasie essenziali; di quelle alterazioni, altrimenti nominate primitive, che sono indefinibili, anche col soccorso dei mezzi fisici i più perfezionati e dei processi chimici i più escussi ed esatti, che finora si posseggono, e che consistono certamente in una disarmonia nella costituzione o composizione del sangue. Non è mio intendimento di farne in questo preambolo la storia naturale dettagliata, nè di trattare la grave questione delle origini, questione tanto ardua e difficile in patologia, quanto quella della cosmogonia e dell'antropogonia. Io per ora non miro ad altro, che a mostrare col lume di fatti certi, che si possono dare e si danno effettivamente alterazioni organiche locali, il cui sviluppo è radicato da un disordine generale del processo nutritivo, e che dalle cause occasionali, tanto variabili quanto lo sono gli individui, dipende poi, se si verificano in questo piuttosto che in quell'organo, od in vari ad un tempo.

Gli studi moderni sulla cellula hanno finito per attribuire a questa pressochè ogni iniziativa normale, abnorme e morbosa nell'organismo. Ciò facendo si è, a mio modo di vedere, rimpiccolito il concetto del corpo e spogliatolo di quel carattere di spontaneità, che gli compete come complesso e combinazione particolare di forze fisiche e chimiche, coordinate ad una risultante, la quale agisce e reagisce continuamente colle risultanti dalle combinazioni o complessi delle forze circumambienti; di quella spontaneità che lo pone al caso di agire a sua volta sugli elementi e sugli organi, che di essi risultano costituiti, determinandone il disordine, oppure riconducendoli all'ordine se disordinati. Lo studio dei prodotti morbosi eventualmente verificati in questi od in quelli, fatto a cagione di scoprirne il *quomodo* se non il *cur* della origine prossima, il processo di sviluppo, ma senza il necessario riguardo alla clinica, come pur troppo avviene a tutti coloro, che impegnati daddovero in ricerche anatomiche non possono, pur volendo, curare la parte storica delle malattie, non poteva non menare a concludere: che l'*ubi consistam* della patologia doveva essere quello della fisioigiologia, la cellula; nella quale conclusione, oltre che dall'osservazione diretta, erano aiutati dall'analogia, essendo già generalmente noto che la cellula è il fondamento di ogni organismo, che essa è il fatto più compendioso di tutte forme animali e vegetali, per quanto svariatissime, e dei tessuti, degli organi e dei sistemi, pel cui mezzo risultano composte.

Ma se la situazione speciale dell'anatomico in faccia alle malattie, se quel dovere chiarire i fenomeni della vita patologica col soccorso del microscopio o dello sperimento sul vivo, senza l'op-

Digitized by Google

portuno corredo di notizie storiche di prima fonte, dettagliate, precise, anzi più spesso tradizionali, incerte, modificate od anche travisate dal talento di chi le ha raccolte; se, ripeto, questa speciale posizione è scusa in parte dell'errore, che ha incoraggiato a vincere ogni resistenza, ed a fare della patologia il rovescio della fisioigiologia; questo non basta pertanto a salvare i patologisti anatomici dal rimprovero di esersi fermati a mezza strada, e di non aver spinta l'applicazione dell'osservazione e dell'analogia fino alle estreme sue conseguenze. Se non si poteva non riconoscere che per molti fatti morbosi il processo di proliferazione cellulare, l'*omnis cellula ex cellula*, è una verità empirica, incontrastabile, non dovevasi poi trascurare che altri osservatori di autorità incontestata persistevano e persistono a sostenere, che quella verità non poteva nè può ancora essere elevata alla potenza di una legge universale, di principio; perchè hannovi processi morbosi, la cui origine è infallibilmente il blastema essudato dal sangue, e che in esso, sotto lo influsso delle forze organiche, se ne sviluppano i germi. Nè doveasi d'altronde dimenticare, che se da una cellula si vede svolgersi un organismo, un organismo è però necessario perchè quella cellula possa esistere; come all'esistenza della cellula o delle cellule primordiali, da cui derivarono i viventi tutti, abbisognò nientemeno che il concorso e la preparazione delle forze plastiche tutte, terrestri e cosmiche, in una parola la generazione spontanea, che in pratica nessuno arriva a dimostrare, ma di cui ognuno sente la verità teorica, e riconosce il diritto nella fito- e zoogenia.

Se così è, la clinica che ha dinanzi a sè non i fatti anatomici soltanto, ma l'individuo malato, non può essere tratta in errori così grossolani, ed è meglio al caso di fare più giustamente le parti; di stabilire se i processi morbosi traggono costantemente origine da alterazioni locali, iniziate da un movimento morboso delle cellule; ovvero se altri ve ne siano che facciano piegare la mente anche alla opinione opposta, e la costringano a rinunziare al prestigio delle teorie, per fare omaggio alla evidenza del fatto. Affinchè però la clinica tocchi questa meta sublime, conviene che essa pure sia armata di pazienza egualmente che di conseguenza; che non si lasci scoraggiare dalle difficoltà sorgenti ad ogni istante; ma raccolga le proprie forze per vincerle, e non accetti per reali che i fatti sottoposti alla più scrupolosa critica; che spinga lo sguardo bene addentro nella vita dell'infermo, e ne studi tutte le fasi, dalla eredità alle abitudini più indifferenti, fino al momento attuale; ma non si perda in ricerche minuziose, che stancano la memoria del malato, senza giovare altrettanto all'intelligenza, se pure non la offuscano e la fuorviano; che cerchi in primo luogo e particolarmente la certezza delle cose narrate, nè per acquistarla si sdegni di condurre quasi a mano i pazienti ai tempi trascorsi e sui luoghi abitati per rinfrescare in loro avvenimenti, di cui il tempo, la memoria debole, l'ineducazione e via dicendo han fatto perdere la vivacità delle tinte; ma non voglia di proposito vedere in ogni infermo uno stupido, un cattivo od un malizioso, che rende impossibile un esame di dettaglio, e getti perciò su altri la responsabilità di un insuccesso, che è invece tutta propria; che non si accontenti di stabilire l'ordine cronologico nei sintomi, che è primo fondamento allo studio dei loro rapporti causali; ma andando più innanzi smentisca o confermi codesti rapporti, intravveduti dalla cronologia, con ricerche sulla proporzionalità di tempo e di spazio, in che si stanno i sintomi medesimi, provando cioè, che un determinato sintoma sta ad una determinata causa non solamente perchè è venuto dopo (*post hoc*), ma perchè è venuto dopo entro un tempo eventualmente prefisso e con una intensità pari alla forza assoluta e relativa della causa (*propter hoc*).

La clinica che soddisfa a tutte queste esigenze nei propri studi è, io lo dico francamente, il giudice per eccellenza nella questione della origine locale e generale delle malattie. Certamente, non conviene nasconderlo, dessa si muove sopra un terreno, sul quale il passo è contrariato dalle riputazioni anatomiche le più giustamente fondate, ned io la consiglierei ad andare più oltre senza certezza di sconfitta, se non si sentisse forte del sentimento di sè, del proprio modo di vedere, ripetendo a sè stessa le parole di Uhland «Che egli non giura in nessun uomo, perchè un uomo è egli pure.» Negare le verità tratte dalle conclusioni degli studi microscopici, nel detto che *errare humanum est*, vorrebbe dire confondere l'effetto colla sua causa, cambiare una questione di fatto in questione di principi, e mostrare che non si conoscono o non si capiscono i vantaggi, che la scienza ha cavati, dacchè a farla progredire l'occhio si armò della lente e la mano del coltello anatomico o del reattivo chimico. La incertezza che regna fra i trattatisti di uno stesso argomento, il vedere crollare oggi dalle fondamenta un edifizio patologico, che ieri ancora pareva il più saldo, e ciò per opera di quello stesso microscopio, di quelle stesse sperimentazioni, che ne avevano poste le basi, non devono menarla alla negazione, ma insegnarle ad essere riserbata, e non accettare per veri che i fatti e le teorie, le quali sono in accordo colla propria esperienza. La clinica, sia che voglia distruggere, rinnovare o creare, deve contrapporre i fatti ai fatti. Così indirizzata la clinica, questa pietra del paragone di tutte le speculazioni ideali ed obbiettive, compierà la doppia missione, che le è affidata, non perdendo cioè di vista l'infermo, che

Digitized by Google

è suo principale dovere di soccorrere, al quale grave scopo fa suoi i trovati dell'anatomia patologica, della fisioigiologia, della fisiopatologia, della chimica, della materia medica ecc., utilizza la propria sperienza, ed inventa metodi e mezzi per iscoprire le malattie fino nell'esordio loro; ed in pari tempo rammentandosi che la sua attività non deve esaurirsi tutta nella pratica, nell'esercizio dell'arte, ma che le è aperto il campo ancora alle investigazioni scientifiche, e che può, coll'autorità sua una volta saldamente stabilita, non solamente servire di sanzione alle leggi, ma diventare legislatrice essa stessa, raccogliendo fatti e scoprendo rapporti, che ammettono possibile altre interpretazioni. Con altre parole si viene così a dire ed a ripetere una verità, che tutti conoscono e riconoscono, ma che pochi seguono, cioè che i clinici dovrebbero essere un po' meno avversi alle teorie, ed i teorici intendersene un poco più di cose cliniche: ed invece? Risponda il lettore, che avrà, come me, sentito spesso escire dalla bocca dei suoi istitutori queste espressioni, se non di disprezzo, almeno di diffidenza reciproca. «Già i fisiologi.... già i clinici e via là.» Cosiffatte idee generali, che meriterebbero interprete migliore, od almeno più tempo che le occupazioni pratiche non mi lascino, trovano applicazione e conferma nelle istorie che narrerò, e che quindi erano degne di essere pubblicate.

Storia prima. — N. N. nativo di F., negoziante, era giunto già al 41.° anno di sua esistenza. Dei parenti suoi, gente robustissima, il padre avea vissuto 73 anni, sempre prospero di salute, e moriva per carcinoma del retto; la madre sessagenaria era soccombuta a malattia breve. Tutti i fratelli (undici), minori di lui, erano sani e robusti, uno solo aveva acquisita la sifilide, e stringimenti uretrali per ripetute uretriti virulente.

Intelligente ed attivo, l'infermo aveva fatto il possibile per accrescere l'avito patrimonio. Recandosi ora qua ora colà, ove si centralizzava nelle varie epoche dell'anno o nei vari giorni della settimana il movimento commerciale, egli aggiungeva alle fatiche della mente, che gli serviva benissimo negli interessi delle proprie speculazioni, quelle del corpo, al quale dimandava spesso più che non poteva dare. Non rammentava di avere sofferte malattie di conseguenza nell'infanzia, e di essere andato soggetto ad altri incommodi di qualche gravezza.

Sui 40 anni circa, avendo fino allora goduto sempre di salute rigogliosa, apparve alla regione anteriore del collo, e poi alla faccia, sulla guancia destra, una efflorescenza, preceduta da prurito molesto, ed accompagnata da dolore, calore e tumore, con infiltrazione sierosa della palpebra inferiore. Così passò sette od otto giorni, dopo i quali tutto era scomparso, e la pelle in istato di desquammazione. La cura fu di riguardi, e di epitemi con pezzole inzuppate in infuso di sambuco misto ad aceto, se caldi o freddi non è ben deciso. Durante il corso di questa dermatite erisipelatosa, provocata, al dire dell'infermo, dall'essersi esposto per due ore circa all'azione diretta del sole, non ebbe febbre, nè cefalea, nè inappetenza, e tutte le funzioni si compierono regolarmente. — Nei cinque anni successivi però, e costantemente nel mese di Settembre, la dermatite era riapparsa e scomparsa colla stessa facilità e cogli stessi mezzi terapeutici. Passata quella, l'anno dopo si arrossò la regione ascellare sinistra (eritema); in questo stato, che non gli arrecava incommodo, perchè la pelle non era tumefatta o dolente, durò un anno e mezzo circa, e ne guarì spontaneamente. — Nell'Aprile del 1867, senza causa nota (se almeno non potessero incolparsene le emorroidi, delle quali, benchè leggermente, aveva sempre sofferto) principiò ad essere molestato da prudore fortissimo ai contorni dell'ano; l'alvo era nondimeno ordinatissimo pel tempo, ma la materia evacuata piuttosto liquida. — Nell'estate seguente, consigliato a recarsi a bere acque solforose, lo fece, e ne bevette per dodici giorni e forse di troppo, con effetto di evacuazioni abbondanti e quasi liquide, e di diuresi aumentata. Tornatosene in patria gli incommodi cessarono, ma da quanto trovo registrato dovrei indurre, che gli effetti della dermatite al collo ed alla guancia allora solo e non prima fossero scomparsi interamente, perchè a questo punto è notato che si dileguarono affatto.

Infrattanto, poco prima o poco dopo, le vicende facilissime del commercio, successe fino allora a lui favorevoli, ne misero alla prova la forza d'animo, e l'esperimento non sortì buon esito. Entrato solidale nel contratto di una somma vistosa, pagabile a scadenza fissa, egli dovette sborsarla, e tale ne fu il rammarico, contuttochè restasse ancora ricco, che d'allora in poi non ebbe più bene, divenne taciturno e pensieroso, nè le riflessioni, le premure e le amorevolezze altrui e dei parenti valevano a distrarre il pensiero da quell'avvenimento; se ciò accadeva, durava pochissimo a tornare al primiero stato.

Ma gli effetti non furono morali solamente; chè la scossa gravissima data all'animo suo parve si comunicasse alla parte più profonda del suo corpo, e così che ne restò grandemente commosso, e non tardarono a manifestarsi i sintomi di una lesione profonda, generale del processo nutritivo, di una cachessia. Cominciò a perdere l'aspetto abituale di floridezza, la mucosa delle labbra andava impallidendo, la tinta della pelle non era più dell'incarnato vivace, ma diventata giallo-terrea; di giorno in giorno diminuiva il volume delle carni, e la pelle convertitasi in un sacco soverchiamente ampio, che poteva sollevarsi in

Digitized by Google

larghissime ed altissime pieghe. Al languore del processo nutritivo, alla diminuzione dei globuli rossi del sangue, che pare ne fosse il primo effetto, si associarono ben presto la difficoltà del movimento, il senso di stanchezza, che lo coglieva dopo la più leggera fatica, l'anelito nel camminare svelto e nell'ascendere le scale, il cardiopalma molestissimo e per cause le più leggere. Del resto le funzioni dei visceri addominali non presentavano anomalia alcuna.

In questo stato io vidi l'infermo nel Febbraio del 1868, e primamente sospettando che quel complesso di sintomi s'incentrasse in un'alterazione dell'apparecchio cardio-vascolare intero, od in una od altra delle sue sezioni, di conseguenza la mia attenzione fu volta al medesimo.

Dall'esterno il torace era normale; l'urto del cuore al solito sito e moderato, l'area non aggrandita. Applicato l'orecchio si udiva un soffio abbastanza forte sul ventricolo sinistro, nel suo atto sistolico. Il polso (il malato giaceva supino da qualche minuto) si sentiva 97, e la respirazione si eseguiva 18 volte in un minuto primo. Nessuna pulsazione immodica alle grosse arterie sottocutanee; nessuna traccia di ectasia alle bracchiali ed alle temporali; la diastole radiale vibrata, intermittente.

L'addome era molto voluminoso, floscio, lo stomaco appariva discretamente dilatato, il fegato non isporgente dalla rispettiva arcata costale che sotto una inspirazione profonda, e di resistenza normale.

Fatto alzare il paziente, e stante sui piedi, il polso ascese a 108, ma le respirazioni non mutarono; la intermittenza, che era scomparsa sulle prime, tosto riapparve, ed applicato nuovamente l'orecchio ai precordi, riudii il rumore predetto particolarmente sotto lo sterno, ed il primo tuono sul ventricolo sinistro ottuso e forte.

Volli sperimentare la influenza del movimento sullo stato della circolazione, ed a tal uopo invitai il malato a scendere e riascendere una scala di 24 gradini. Ciò fatto, si videro le arterie temporali e carotidi pulsare con violenza, le pulsazioni della radiale montarono fino a 140, le respirazioni a 32; il paziente aveva proprio perduto il fiato per una fatica così da poco. Non trovo di averlo registrato, e quindi è probabile che sulle arterie del collo non avvertissi fremito alla pressione, nè udissi rumore di rombamento ai lati del medesimo.

In verità, di diagnosi certa non si poteva parlare, e forse neppure di probabile; ma siccome a me non fu allora notificato ciò che ho già scritto più addietro, vale a dire il patema sofferto, così non mi restava che ammettere una cachessia del sangue e disordini funzionali del circolo per incipiente lesione materiale (aortite lenta, ateromasia) delle arterie.

Proposta una cura fondata principalmente sulle regole igieniche e dietetiche (il malato era stato discreto mangiatore e bevitore), e poi sui ricostituenti più riconosciuti del sangue oligocitoemico, i preparati iodo-marziali (prescrissi il ioduro di ferro preparato col metodo del Favilli farmacista in Pisa), parve che le cose migliorassero alquanto, e nel Settembre dello stesso anno, a riacquistare intera la salute, l'infermo si recò a villeggiare sui colli amenissimi dei contorni di sua città nativa. Ma non sapendo dar tempo e serbar modo, e più che il dolore potendo il digiuno, cedette alle tentazioni degli amici, e più volte, non facendogli difetto le voglie, si lasciò trascinare a disordini dietetici.

Fu precisamente una sera, al ritorno da uno di questi convegni di gastrofili, che coricatosi, circa sei ore dopo il pasto, fu destato da una colica violenta di stomaco; vomitò, e le materie non erano che alimenti incompletamente digeriti. Preso qualche calmante prescritto sul momento, la colica passò. Se non che, senza che precedessero altre coliche, e senza causa occasionale alcuna, il vomito riapparve coll'intervallo di otto o dieci giorni, e sempre sei o sette ore dopo il pranzo.

In una prima consultazione tenutasi al letto dell'infermo (un mese e mezzo prima della morte) il consulente non intravide che un catarro gastrico (diagnosi oggigiorno stereotipa), e prescrisse acqua di Vichy (sorgente Hauterive), e limonea idroclorica col pasto.

Tutto inutile, perchè la lesione era più grave ed irreparabile; non però un echinococco dello stomaco (?) (come dalla presenza del tumore all'epigastro lo diagnosticò un chirurgo sopracchiamato), ma un cancro, il quale lo spense tre mesi circa dopo l'apparizione dei primi sintomi, e che fu verificato colla *necroscopia*. — Tutti i visceri dell'addome erano normali, tranne lo stomaco, enormemente dilatato e capace di tre o quattro litri all'incirca, colle vene sottomucose quasi varicose, e contenente liquido denso, color di cioccolatte. Alla valvola pilorica si vedea un tumore voluminoso quanto un grosso uovo di gallina, col diametro maggiore paralello alla grande curvatura, di consistenza fibrosa, e colla superficie ventricolare esulcerata. Del resto nulla degno di nota.

Storia seconda. — Un negoziante di N., d'anni 42, si presentò al mio studio il giorno 19 Novembre 1867. Mi narrava che veniva da genitori robusti, dei quali il padre era morto a 70 anni di apoplessia, e la madre, pure settuagenaria, viveva ancora, benchè obbligata a letto da un triennio per emiplegia sinistra. Era podagrosa da sette ad otto anni. Dei fratelli suoi (nove), erano morti due dei quattro maschi, l'uno a 23 anni per carbonchio, dopo tre giorni dall'eruzione, l'altro di fistola orinaria a 30 anni.

Digitized by Google

Nutrito del latte materno, e subito l'innesto di pus vaccinico, stette bene fino agli undici anni, età nella quale gli apparve un tumore sul lato sinistro del collo, tumore che suppurò, fu aperto (o si aprì), dando escita a molta marcia. Tre mesi durò una blennorragia virulenta, che si acquistò, sul venticinquesimo anno, e la guarigione di essa fece seguire da una cura con decotti di salsapariglia. Poscia non ebbe a soffrire che per un furuncolo, il quale per tre o quattro volte si presentò alla pinna nasale destra; e per un forte raffreddore di petto, con espettorazione abbondante, che gli durò un mese, senza essere costretto al riposo assoluto.

Da allora in poi la sua esistenza fu un tessuto di patemi e di emozioni gravissime, procurate da vicende di famiglia. Fu in seguito ad una di queste (gli moriva uno dei fratelli), che gli si disordinò la digestione dello stomaco; ma fu cosa di quindici giorni, e limitata ad una gastrodinia, che lo coglieva quattro ore dopo il pasto, durava un quarto circa, si ripeteva due o tre volte, e cessava senza lasciare traccie, e senza essere accompagnata da gonfiezze, da svolgimento di gas, e via dicendo. Giunse in buono stato fisico all'estate, durante la quale fu tormentato da congiuntivite oculo-palpebrale e da diarree ricorrenti varie volte. Nelle materie evacuate non aveva però mai veduto sangue, moccio od altro di abnorme, e le evacuazioni erano indolenti. Sulle cause di quel flusso enterico ricordava, che l'ultima volta (nel mese di Agosto) seguì la notizia *portatagli da* un telegramma, che la moglie versava in pericolo di morire; la diarrea continuò tutto il mese. Verso la metà o la fine di Settembre, fatto già pallido e magro, cominciò a non appetire il cibo, e ad essere molestato nella giornata da eruttazioni di gas inodori, eruttazioni che si facevano più frequenti dopo il pasto. Nel frattempo aveva vomitato due volte, ed ogni volta, secondo lui, dietro cause occasionali. Provava qualche dolore alla bocca dello stomaco, come egli si esprimeva, ma non mai pirosi; defecava regolarmente, e passava notti abbastanza tranquille; ciò che lo preoccupava molto era lo stato miserando della sua nutrizione: perduto l'aspetto abituale di salute e di floridezza, divenute le carni floscie, la pelle cadente e gialliccia. Fra le cagioni probabili dei suoi mali non ne vedeva che una, i disgusti morali sofferti; confessava però di essere stato amante appassionato dei piaceri sessuali, e di avere abusato del tabacco da fumo, in forma di zigari.

Le apparenze di cachessia predescritte, e che non erano (nè possono esserlo in qualunque caso) confondibili con le conseguenze del dimagramento, che consegue alla difficoltata ed anco impossibile alimentazione, destarono tosto in me il sospetto, che la disappetenza e dirò anzi avversione quasi totale pel cibo, unitamente agli altri leggeri incommodi di stomaco, provenissero da una alterazione ben grave del viscere, cioè dal cancro dello stesso. Veramente questo sospetto non potè essere confermato dall'esame a cui sottoposi il paziente, ed anzi non solo non trovai segni che riguardassero la preaccennata neoplasia, ma neppure altri di altri organi dell'addome e delle altre cavità, che indicassero alterazioni pari al guasto già profondo di quell'organismo. Nullameno era stata tanta in me la forza della prima impressione, che non potei intrattenermi dal comunicare il mio pensiero ai parenti dell'infermo. Questi volle fermarsi alcun tempo in Bologna per curarsi sotto la mia sorveglianza; ma nulla avendo ottenuto dalle prescrizioni mie, ripatriò. Pochi mesi appresso cessava di vivere, ed infrattanto la diagnosi pronunciata si era fatta evidente.

Storia terza (1). — Il Sig. R. C. di 74 anni, anconetano, figlio di genitori morti ottuagenari, aveva sortito una tempra non molto forte, che egli però aveva saputo rendere relativamente robusta con la saggezza del vivere; e per vero di malattie non aveva sofferto che il cholera, all'occasione che grassò epidemicamente in Ancona nel 1836; di lieve bronchite catarrale nel 1852, e di qualche sconcerto, leggero e breve, delle funzioni gastriche negli ultimi sette od otto anni di sua esistenza. Era stato uomo di pronta intelligenza, operosissimo, tenero della prole numerosa, ed esemplare di ogni virtù domestica e sociale. Dei suoi dipendenti una figlia era morta a 14 anni, e per coxastro; un'altra fu emoptoica e tossicolosa per lungo tempo, ma vive e gode di salute abbastanza buona.

Giunto ai 65 anni, quando per la probità ed attività sue aveasi fatta una posizione finanziaria molto commoda ed anzi florida, l'animo suo fu contristato da dispiaceri gravissimi, venutigli da uno stretto congiunto, che a lui era carissimo. Essi si successero così rapidamente e con tanta violenza, che sotto i loro colpi stava per perdere ogni forza morale. E se non era l'amore immenso che portava alla figliolanza ed alla compagna indivisibile dei suoi dolori; se non fosse stato il desiderio di riparare alle perdite materiali, alle quali per colpa altrui aveva dovuto sottostare, e ricostituire quella fortuna, sulla quale fondava il decoro e la felicità avvenire della sua famiglia, egli avrebbe finito per tenere la vita un peso troppo grave, in confronto del compenso che ne aveva avuto.

Toccava omai il settantaquattresimo anno, allorchè nell'Aprile del 1866 recossi in persona dal

(1) La devo alle premure gentili del mio distinto allievo, il Dott. Francesco Fantini.

Digitized by Google

medico per narrargli, come già da qualche tempo si sentiva indebolito e vedeasi dimagrato. Era in fatti di colore giallo-verdognolo; due cerchi lividi gli circondavano le palpebre; profonde rughe gli solcavano la faccia; pelle e carne erano cadenti e floscie. Lo abbattimento fisico e morale traspariva nella fisonomia, che aveva avuta sempre vivace e sorridente, anche quando le vicende predette lo amareggiavano profondamente. A toccarne la pelle si sentiva fredda, ed egli stesso diceva che non trovava modo per potersi riscaldare i piedi, che aveva sempre freddissimi. Le gengive tumefatte avevano messo quasi interamente allo scoperto alcuno dei suoi denti, d'altronde bellissimi, e su questo proposito facea notare, che da qualche dì aveva sentito vacillare particolarmente gl'incisivi superiori, e che durante il sonno gli doveva uscire dalla bocca della bava sanguinolenta, che macchiava il guanciale e le lenzuola. A tratti gli si velava la voce, e pareagli riacquistarla se si sforzava col raschiamento del laringe ad espettorare. Obbiettivamente la mucosa della fauci presentava i caratteri di iperemia cronica.

Con tutto questo l'appetito non gli facea difetto, la digestione stomacale si compieva facilmente abbastanza, e regolarissima era la defecazione; dormiva bene, e poteva occuparsi lunghe ore del giorno senza incommodi maggiori. Il polso era raro, celere, vibrato, ma compressibile. Traccie di ectasia arteriosa furono in lui a quell'epoca osservate.

Fu consigliato di recarsi a vivere per qualche tempo in campagna, a cibarsi di alimenti sostanziosi, e per uso interno gli fu prescritto un decotto di china ed acqua catulliana. In questa cura perseverò sino all'Agosto, ma senza vantaggio; i segni anzi della cachessia, che parvero quasi tenere della scorbutica, andarono sempre crescendo in uno alla prostrazione fisica, quantunque all'esame obbiettivo non si avessero risultati per istabilire la causa materiale nell'alterazione di uno o di altro viscere.

Sul finire di quel mese principiò un po' di inappetenza; dopo di essersi cibato provava nausee; sentiva che la digestione si operava stentatamente, e spesso accompagnata da pirosi e da tormini. In breve apparve dopo il pasto il vomito, per lo più impetuoso, e con esso al piloro un corpicciuolo resistente, un tanto poco voluminoso, che il pratico era stato alquanto infra due ad ammettere se fosse realtà od illusione. Ma nel corto periodo di 20 giorni il suo volume crebbe a modo, da formare un vero tumore, e di pari passo andando il vomito, divenuto incoercibile, la nutrizione si ridusse al suo minimo, ed il marasmo fece progressi spaventosi. Le materie del vomito erano per lo più di siero sporco, che teneva sospese materie fioccose, grigiastre. A tutto questo aggiuntosi infine uno stato febbrile, il malato finì di vivere nel 5 Ottobre dello stesso anno.

A queste tre storie ne potrei aggiungere altre non poche, tolte alla mia pratica, e tutte del medesimo tipo, se non mi paresse che quelle dovessero bastare allo scopo, che mi sono prefisso, e non temessi di annoiare il lettore colla ripetizione di racconti monotoni (1). Possiamo quindi conchiudere sulla base di fatti, che sono la voce della natura stessa, che si danno cachessie idiopatiche, o disordini generali primitivi di nutrizione, qualunque sia la loro patogenia. Questi stati cachetici non sono ancora l'alterazione locale, voglio dire la discrasia obbiettiva, dalla quale non si possa estrarre che questa o quella forma morbosa, il cancro, la tubercolosi, lo scorbuto e via dicendo; sì bene una alterazione generica, che dalle circostanze prende vita e forma concreta. Io suppongo ad esempio, che l'amore deluso od i rovesci finanziari nel colmo della fortuna non producano differenze o diversità di alterazioni nel processo nutritivo, dalle quali poi proceda la specificità dei prodotti morbosi; ma che siano le predisposizioni dell'età, che nel primo caso fanno spegnere la vita della giovanetta con una tisi lenta pulmonare, nel secondo quella dell'adulto consumato dal cancro, e più spesso dei visceri addominali.

---

(1) Non posso però non inserire qui l'estratto di una osservazione fatta da me nell'anno scolastico 1861-62, e che fu per esteso narrata e commentata nei numeri 1 e 2 dell'*Ebdomadario Clinico*.

N. N. di Bologna era entrato in Clinica l'8 Dicembre 1861, e quivi morto il 6 Gennaio dell'anno successivo. — Avea trent'anni, ed era giunto a 18 anni senza gravi malattie, e da quest'epoca fino all'ingresso nello Spedale non avea avute che due uretriti blennorragiche. Avea sempre abitati luoghi umidissimi. — Era malato fino dal 20 Novembre, ed i sintomi con cui avea esordito la malattia furono dolori addominali intermittenti, che lo aveano colto, secondo che diceva, nel più bel mezzo della salute. — In quel torno si gonfiarono le glandule al collo a destra, ed in 53 *giorni* rimase vittima di un carcinoma midollare di tutte le glandule linfatiche del tronco, comprese le mesenteriali. Il volume di taluna fra esse, particolarmente nel ventre e nel collo, fu trovato quanto quello di un grosso pugno di adulto, e così progredite nella degenerazione adiposa, da avere le apparenze di un ascesso.

Io non conosco altri casi non che di superiore, neppure di eguale importanza, per la rapidità del decorso e contemporaneità della evoluzione del cancro in molti punti ad un tempo. Non sarebbe negare la evidenza il non riconoscere in questo caso una predisposizione o cachessia cancerosa?

Digitized by Google

EMOPERICARDITE ACUTA

PEL DOTTOR

LUIGI CORAZZA

Medico Assistente all'Ospedale Maggiore di Bologna.

Z. D., d'anni 49, di professione orefice e cantante di teatro (corista), nativo di Bologna, entrò nello Spedale della Vita il 13 Aprile, e venne collocato nella Sezione del Prof. Brugnoli, mio primario.

Unico figlio di padre morto ottuagenario per affezione lenta di petto, e di madre viva e sana, e che tocca l'età di 71 anni, non ebbe pel passato a soffrire di malattie di rilievo, tranne dei disturbi indotti da una varice nella gamba sinistra. Per questo era stato poco prima nell'Ospedale di S. Orsola, ove fu a cura della suddetta infermità praticata la agopuntura; ed alloraquando uscì da quello stabilimento, non era bene guarito, e non potè redir tosto al lavoro consueto. Dopo 2 o 3 giorni dall'uscita dell'Ospedale, e 20 circa prima di ricovrare alla Vita, cominciò la sua malattia ultima, pare, con febbre, senza però demarcato accesso di freddo, poi venne affanno di respiro, poca tosse secca, diminuzione dell'appetito e stitichezza, senza sapere poi di siffatta malattia rinvenire causa alcuna manifesta. Non aveva sofferto di affezioni veneree, era piuttosto bevitore da vino e gran mangiatore. La cura fatta a casa non consistè che in pozioni di olio di ricino ripetute per ben 6 volte.

Era di statura piccola anzi che no, di corporatura tozza, cioè a collo corto e grosso, a torace pur corto, prominente ed alcun poco scoliotico; pannicolo adiposo abbondante. Mostravasi un poco di cianosi alla faccia ed alle mani; la prima leggermente tumida, e la lingua impaniata; accusava sete e lieve tosse, peso enorme al petto, lieve dolore alla regione cardiaca, ma non palpito di cuore, ed aveva frequenza e difficoltà somma di respiro, da dovere stare molto elevato col capo. Il torace pochissimo elastico, e non potevasi decidere se v'avesse sporgenza recente e speciale della regione cardiaca, stante la deformità del petto; impulso del cuore indistinto, ed al palpare nessun rumore di soffregamento. Colla percussione non si rilevava anteriormente ottusità riferibile agli organi del respiro, sibbene appariva piuttosto estesa l'ottusità dell'area cardiaca, che aveva forma di cono o triangolo colla base larga in basso e l'apice in alto corrispondente al manubrio dello sterno; si estendeva a destra venendo in basso ed all'esterno due dita dal margine sternale, a sinistra discendendo divergeva all'esterno un dito dalla linea mammillare, e giungeva al 6.° spazio intercostale, però non si poteva ben dire se quivi varcasse il sito, ove corrispondeva la punta del cuore, poichè questa non manifestava sua presenza con chiaro impulso. All'ascoltazione riguardo al cuore i toni erano oscuri, deboli ed un po' irregolari; riguardo al pulmone il mormorio vescicolare un po' aspro. Dalla parte posteriore aveasi ottusità a sinistra inferiormente, e respiro abolito; nel resto del petto suono chiaro, e respiro esagerato. — Al ventre nulla di notevole, se non fenomeni di tumefazione del fegato, e urine scarse, torbide, di color rosso-carico cupo, sedimentose, contenenti molti urati e non albumina; polso frequente ed irregolare, temperatura elevata, e un po' di edema alle estremità inferiori.

La diagnosi fatta dal Primario si fu già di *pericardite*. — Si prescrissero senapizzazioni volanti agli arti addominali, ed una mucilagine di gom. arab. dolcific. con acq. coob. di lauro ceraso.

14-15 Aprile. — Difficoltà di respiro ed ambascia assai forti, sebbene l'infermo volesse mostrar sempre un'aria di galezza; tosse secca e molesta, tinta violacea della faccia e specialmente delle labbra, iugulari assai turgide, occhi rossi, lacrimosi, estremità pure cianotiche e con temperatura abbassata; restavano gli stessi fenomeni fisici dal lato degli organi respiratori e del centro circolatorio. — Oltre le solite senapizzazioni, fu prescritta una soluzione di sale amaro per ottenere qualche scarica alvina.

16-17. — La tosse era sempre secca, ma non molto insistente: l'infermo non poteva pigliar sonno neppure nella notte per la difficoltà del respiro, per l'ansia, pel senso di costrizione, d'oppressione e come di soffocamento; però non avendo forza bastante di stare seduto o semiseduto, nella quale attitudine si sarebbe trovato meglio, giusta quanto provava nei primi tempi della malattia, giaceva piuttosto come boccone o prono, poggiando sul letto alquanto colla metà sinistra del petto o regione cardiaca, quasi similmente a quell'infermo del Niemeyer, che non potea stare che poggiando sui piedi e le ginocchia. Aveva sete; la temperatura generale addivenuta normale e più bassa alle estremità, che erano cianotiche; al torace sempre i battiti e i toni del cuore deboli, irregolari ed ineguali; posteriormente e al lato sinistro mancanza del mormorio vescicolare; ottusità dell'area cardiaca della stessa estensione; urine scarsissime. — Furono applicati due vescicanti alle coscie, un terzo alla regione cardiaca, e prescritte delle polveri di scilla e calomelano.

18-19. — I fenomeni morbosi erano gli stessi, se non che guadagnavano in intensità, addivenivano più penosi, e per avventura esprimevano gli effetti della pressione dell'essudato sul cuore e sugli organi vicini, dell'indebolimento dell'attività cardiaca, e dell'inceppamento alla circolazione. Eravi insonnio, ansia, dispnea forte, che impediva il libero parlare, sebbene l'infermo vo-

Digitized by Google

lesse assumer sempre, come si disse, un tono di indifferenza, anzi di ilarità, però un po' forzata; sudore freddo alla fronte ed alle estremità, piedi e gambe edematosi, occhi rossi, lingua arida, iugulari turgide assai; la sua giacitura era spesso la sopraindicata, cioè poggiavasi col torace sulla regione del cuore.

20-21. — Tosse penosa, dispnea al sommo, respiro affannoso, interrotto, smania, temperatura in generale bassa, specialmente alle mani ed ai piedi, che si facevano ognor più tumidi, faccia tumida pure e violacea, movimenti alterni delle pinne nasali, respiro leggermente sonoro, voce tremula, abbattimento, lieve torpore cerebrale, urine scarse, con molti urati e con lievi tracce d'albumina, ma non di sangue. (Estratto alcool. di noce vomica).

22. — L'infermo versava in condizioni gravissime, ed era in preda alla più grande ansietà, inquietudine, ambascia ed abbattimento; cianosi somma; polso piccolissimo e frequentissimo, debole, irregolare, intermittente; respiro frequente, irregolare; estremità fredde; ma in mezzo a tutto questo l'intelligenza però si conservava sempre chiara. Ne cadde in pensiero in tali frangenti di tentare l'ultima prova, la puntura del pericardio, e vedere così con quell'estremo e grave mezzo di alleviare le atroci pene ed i tanti sofferimenti di quel misero. A tale intento conferì il mio Primario col chiarissimo Prof. Rizzoli, ma questi giustamente fece osservare, come le cose fossero sì oltre progredite, e l'infermo sì agli estremi, da essere omai intempestivo e tardi l'appigliarsi a tale espediente: l'infermo infatti cessò di vivere dopo 1 ora e ½ (ore 11 ½ antim.).

Necroscopia. — Aperto il petto, il sacco del pericardio pel suo contenere molto umore era assai ingrandito da spingere di lato, e comprimere alquanto il polmone sinistro. Nel cavo pleuritico destro alcune stille di liquido sieroso-citrino, limpido; nel sinistro un versamento simile a quello di destra, ma in copia maggiore (circa ½ litro), e nella parete pleurale corrispondente al pericardio si rinvenne uno strato granuloso di fibrina (pleurite consecutiva), e così dalla superficie esterna del pericardio rispondente alla parete toracica uno straterello fibrinoso cotennoso: il polmone destro piuttosto enfisematico ai margini; il sinistro parimenti enfisematoso, compresso all'indietro, come è detto, addensato alla base; ed ambo poi gli organi respiratori si mostravano privi di tubercoli, di focolai pneumonici o d'infarti, e solo enormemente congesti, coi vasi pieni di sangue nero e coagulato, e con edema ipostatico assai forte. — L'ottusità posteriore a sinistra e l'abolizione del mormorio vescicolare si doveva adunque a quel po' di liquido nella pleura ed all'addensamento polmonare per la compressione esercitata dal pericardio disteso assai, il che poi, come crede Louis, doveva esser causa della tosse, che dipender poteva pure a parer mio dall'iperemia forte ed edema polmonare. — Entro il pericardio un prodotto morboso sanguigno, parte solido e parte liquidastro, fatto uscire il quale ultimo, che era in quantità circa di 300 grammi, denso, quasi sciropposo, scuro, e con fiocchi e stracci fibrinosi staccati e tinti in rossastro, restava sulla lamina del pericardio e sul cuore, o esocardio, la parte solida, cioè uno strato di sostanza dell'apparenza di fibrina coagulata ed imbevuta di sangue, e quindi rossastra, disposta con rilevatezze irregolari, da simigliare come a pelle di un animale, avendo forma di grosse e lunghe villosità o fiocchi, e così il cuore era vestito come di un mantello villoso (proprio il Mantelherz dei Tedeschi, o il cor villosum, hirsutum o tomentosum): in certi punti la produzione fibrinosa presentava forma anche reticolare, e nelle lacune avea ricetto pella parte liquida del prodotto, ed era aderente in certo modo alla superficie interna della sierosa, ma non sì che non si potesse graffiando e raschiando staccare senza forte lacerazione della membrana, anzi solo appena andava perduto l'epitelio: tutto questo levato, se ne accumulò un ammasso della grandezza di un piccolo pugno. In siffatto prodotto si annidavano chiari corpuscoli rossi del sangue. La membrana pericardica ed esorcardiale non era alterata, come in parte è detto, ma solo assai rossa a varia intensità, e iniettata ed imbevuta di sostanza colorante del sangue, con qualche macchia ecchimotica qua e là. All'esame attento ed accurato e coll'occhio nudo e armato di lente non vennemi fatto di rinvenire lacerazione alcuna grave dei vasi del pericardio, delle coronarie, o delle pareti del cuore: il diaframma era, a pericardio pieno, al punto corrispondente alquanto spinto all'imbasso verso l'addome. — Il cuore contratto ed ipertrofico nella sua metà sinistra; flaccido, rilasciato e dilatato nella metà destra; la carne sua alquanto scolorata e bluastra, e da far credere ad una certa degenerazione adiposa: nelle valvole e negli orifici normale: forte stasi in tutto il sistema venoso. — Fegato assai iperemico, milza del pari, un po' di liquido nel cavo del peritoneo, reni fortemente congesti. — Il capo non venne aperto.

La sostanza, che si rinvenne dentro il pericardio, essendo composta di tanta copia di fibrina e di tanto cruore, può far credere o ad un'*emorragia primitiva* in quello, o ad *essudato* così detto *fibrinoso-emorragico*. In quanto all'emorragia è uopo escludere che questa fosse dovuta a rottura del cuore, o di aneurismi, o delle coronarie o di loro rami cospicui, non essendosi le lesioni corrispondenti rinvenute affatto, mentre poi avrebbe tale accidente dovuto per sè portare rapidis-

Digitized by Google

simamente la morte (1). Resterebbe l'emorragia da capillari, e che fosse accaduta lentamente da non sospendere, per la pressione insorta, d'un tratto, od inceppare di molto le contrazioni ed i movimenti del cuore, la quale emorragia poi per sua presenza avesse suscitato una pericardite secondaria. Fra questa emorragia lenta, che desta pericardite, e la pericardite primitiva emorragica non saprei nel decorso ulteriore e nel cadavere trovare differenze esatte e sicure. E vaglia il vero: la notata *disposizione* della fibrina accadrebbe ugualmente in ambo i casi, essendo dovuta al dibattimento speciale, che subisce pei movimenti del cuore; la quantità, o la proporzione della stessa col cruore non darebbe neppur lume, potendo un estravasato essere diluito in diverse e svariate proporzioni dall'umore pericardiale, e dall'essudato pericardico consecutivo. Però la probabilità è maggiore per l'essudato fibrinoso-emorragico, e così ho creduto bene appellare l'affezione *emopericardite*, e non *emopericardio*, in quanto che non avvi sufficiente e giusta ragione, che si debba rompere un capillare della parete pericardiale spontaneamente, e senza che preesistesse erosione od ulcerazione della lamina pericardiale medesima, ed anco perchè il sangue non è poi liquido sì disaffine, che versatosi in una cavità sierosa debba in breve suscitare una forte orromenite. È invece poi più giusto ritenere, che siasi sviluppata una pericardite primitiva rispetto almeno all'emorragia, e che nella forte iperemia compagna di un processo flogistico intenso abbia avuto luogo rottura di qualche *capillare*, come accader suole non infrequentemente, e in questo caso tanto più di leggeri, se v'era discrasia alcoolica, che induce degenerazione dei capillari, e quindi facilità alla loro rottura per la pressione collaterale; e così pel mescolarvisi di molto estravasato la fibrina prende un colore più o meno rosso o bruno, da assumer l'apparenza di pretto sangue. Se tale fatto può accadere anche senza rottura di capillari, e solo pel trapelamento della sostanza colorante od emoglobina, come nell'ipostasi cadaverica, non poteva essere ciò il caso nostro, in quanto in quell'umore esistevano veri corpuscoli rossi ematici. Questo fatto però non presuppone sempre una *solutio continui*, giacchè, giusta gli esatti studi di Cohnheim sul processo infiammatorio in mesenteri di rane messi a nudo, è dimostrato, come dissi altrove (2), che si può avere tale uscita a pareti vasali intatte. Questo non saprei come addimostrarlo nel mio caso speciale, tuttavia se si sta alla forte copia del sangue rinvenuta, è più giusto ritenere l'uscita del cruore e dei corpuscoli per rottura di vaselli capillari.

Siffatta pericardite non fu primitiva per lesioni meccaniche, colpi, cadute, nè consecutiva ad artrite, pneumonite, pleurite, o secondaria a malattia di Bright, non avendosi trovata la lesione renale corrispondente; e le tracce d'albume, che si manifestavano nell'urina, erano certo dovute all'iperemia renale per la forte stasi venosa. Nè manco fu, giusta il decorso, cronica, forma che presenta per solito l'essudato emorragico, nè secondaria al cancro, a tubercoli, ad esantemi acuti, a morbo maculoso, a scorbuto, sotto l'influsso del quale, nei littorali nordici di Russia, ove regna endemico, si sviluppa la pericardite di forma emorragica (Kyber, Karawajeff) specialmente nei soldati di marina, e che Seidlitz ha descritto sotto il nome di *pericardite essudatoria sanguinolenta*. Tutto questo non è del caso nostro, e quindi dovrebbesi concludere che fu *primitiva*, sebbene tale affezione primaria idiopatica sia rarissima, tanto che Bamberger in 63 casi di pericardite l'osservò tale 5 volte, Duchek 1 in 89, e Friedreich l'ha osservata 2 volte in tutto. Forse qui può venire tenuta a calcolo la circostanza che l'individuo fu bevitore, ma ciò puramente come causa predisponente o facilitante solo l'emorragia, o rottura dei vasi sotto l'infiammazione, ma non da avere indotto una discrasia tale, che ne risultasse la pericardite secondaria, come nel processo puerperale e malattia di Bright, nelle quali affezioni poi non vi è la pericardite sola isolata, ma la flogosi di molte sierose, e non poche espressioni di affezione universale e diffusa. — In quanto poi alla degenerazione del cuore, non si può dire se quella esistesse prima della flogosi pericardica, ovvero fosse piuttosto effetto della pressione dell'essudato, o questo vi avesse avuto pur qualche parte. La morte dovette accadere probabilmente per paralisi del cuore, ed edema polmonare e cerebrale. — Infine in questo caso deve essere apprezzata quella posizione boccone, che teneva spesso l'infermo, che non si osserva in coloro che hanno dispnea da altre affezioni cardiache o polmonari, nelle quali ultime, e specialmente nell'essudato pleuritico, la giacitura è laterale.

(1) Un infermiere dell'Ospedale Maggiore mentre cioncava, in un'osteria, cadde morto, come colpito da un fulmine: si fu per emorragia pericardiale in causa di rottura di piccolissimo aneurisma dell'aorta, nella porzione ascendente che resta dentro il pericardio medesimo.

(2) Pneumonite con ematuria (nefrorragia). Bullett. delle Scienze Mediche di Bologna. Ser. 5.ª, Vol. 6.°, Pag. 306.

Digitized by Google

SULLA INOSITE

NOTA

DEL

PROF. ADOLFO CASALI

..... L'urina era di colore giallo traente al bruno; possedeva una riazione assai dubbia, che direi acidula appena: la sua densità era rappresentata, a 14° di temperatura, da 1036 a 1040 dell'urometro di Heller, peso evidentemente superiore a quello della urina normale, e di cui non potevo rendermi conto, nemanco per la quantità assai lieve di albume, che l'azione simultanea del calore e dell'acido azotico, convenientemente versato, mi svelava; essendomi noto d'altra parte che la quantità dell'albumina, che si trova nelle urine patologiche, è in correlazione ad una deficienza costante di urea.

Per tale riflesso, e in seguito ad un fatto in cui ripetutamente m'imbattei, dell'intorbidarsi cioè dell'urina in esame, quando veniva mescolata e dibattuta con pari volume d'etere o di benzina, non che per l'originarsi d'uno strato intermedio ai due liquidi (urina ed etere, urina e benzina) costituito per una sostanza d'aspetto analogo a quello della gelatina semiliquida, fui condotto a spingere più oltre le ricerche chimiche: ed a ciò necessariamente, dappoichè ispezionato il liquido ne'suoi principali costituenti minerali (cloruri, solfati, fosfati) a mezzo dell'analisi volumetrica grossolana, di cui si fa uso al letto dell'ammalato, ebbi a persuadermi che questi vi si contenevano nelle proporzioni non di molto dissimili a quelle, che l'orina normale sperimentata di confronto, ed in pari condizioni, palesava.

Svaporai quindi a bagno-maria, fin'oltre alla metà del suo volume, una certa quantità dell'urina patologica, alla quale aggiunsi poscia uno sciolto acquoso d'acetato tribasico di piombo fino al punto in cui si cessò d'ottenere il sedimento bianco e pesante che il materiale salino, e le sostanze organiche anormali, che in uno all'albumina erano per avventura contenute nel liquido, potevano generare col detto sale di piombo.

Dopo alcune ore raccolto su feltro il deposito, e sospesolo in acqua distillata, l'assoggettai ad una corrente d'idrogene solforato: il solfuro di piombo che si generò venne separato per feltrazione, ed il liquido ottenuto limpido dopo un riposo prolungato, svaporai a bassa temperatura.

Il prodotto sciropposo commisto ad egual volume d'alcole a 80° intorbidò assai, e pel riscaldamento a bagno-maria non facendosi limpido, fui costretto a sottoporlo a nuova feltrazione. Ottenni così un liquido incoloro affatto, che, abbandonato a sè stesso per oltre un giorno, fornì una massa cristallina, dal cui esame chimico e micrografico mi risultò all'evidenza che dessa era dell'*inosite*, cioè a dire dello *zucchero di fibra muscolare*, corpo che si vuole isomero alla *glicosi*, ed identico secondo Vohl alla *faseomannite*, (materia zuccherina che esiste in alcune leguminose) e che s'incontra nelle urine, raramente in alcuni periodi del diabete saccarino, in surrogazione alla glicosi (Gorup-Besanez) e più di frequente in unione alla albumina nel morbus Brightii (Cloetta e Neukomm).

La sostanza cristallina infatti, oltre al possedere un sapore dolce ed all'essere efflorescente all'aria, fusibile, solubile nell'acqua, insolubile nell'alcole, etere, cloroforme, ed al bruciarsi completamente su laminetta di platino, mi corrispose alle seguenti prove:

a) una traccia di essa trattata col reattivo di Gallois (sciolto acquoso di azotato mercurico) assumeva un color rosa sbiadito;

b) la prova dello Scherer, per la quale si può riconoscere fino $1/_{30}$ di grano d'inosite, veniva a confermare il mio concetto sulla natura della suddetta sostanza, dappoichè una piccola porzione di essa, trattata su laminetta di platino a conveniente calore con acido azotico, diede un residuo che, per l'aggiunta di po' d'ammoniaca e d'una goccia di una soluzione di cloruro di calcio, produsse un elegante e vivace coloramento rosso-vinoso caratteristico appunto della inosite;

c) disciolta infine di novo in poc'acqua la sostanza cristallina, e commista a pari volume d'alcole concentrato, dopo che l'intorbidamento fu per leggiero calore scomparso, si abbandonò a sè il prodotto in vetrino d'orologio, sotto il vuoto pneumatico; in capo a 48 ore circa si ebbero i grossi cristalli dell'inosite appartenenti al sistema clinorombico (Funke: Atlas der physiologischen Chemie 2.ª ediz. Tav.ᵉ v. fig. 3.ª Leipzig 1858), per lo studio microscopico dei quali feci ricorso, come sempre in simili casi, alla valida opera ed ai consigli del mio amico Dott. Augusto Siccardi.

Ho creduto di non far cosa del tutto oziosa nel riprodurre in parte le ricerche per le quali giunsi a rintracciare l'inosite nell'urina in esame, dappoichè, essendovi riescito senza il sussidio d'alcun dato preventivo, devo confessare che mi toccò percorrere una via d'indagini molto lunga e brigosa; tanto più che fino allora m'era disconosciuta affatto questa sostanza ne'suoi caratteri individuali e distintivi.

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Desgranges. — *Lezione sui tumori del testicolo.* — Journal de Médecine de Lyon 1 et 15 Janvier, 1 Février 1868.

Forse nessun soggetto ha mai dato luogo a tante dissidenze ed a tante discussioni al letto degli infermi quanto i tumori del testicolo: certamente nessuna classe di neoplasmi è stata causa di maggior numero di errori diagnostici. Questi tumori adunque prendono un luogo a parte nella clinica per la difficoltà del loro studio, ed è con premura che io ho colta l'occasione, che mi presta in oggi il servizio, per esaminarne qualcuno dei più interessanti.

A. — Il primo infermo, sul quale io desidero di fissare la vostra attenzione, è un giovane di 27 anni, di buona costituzione, che porta da sette mesi un tumore dal lato destro dello scroto. Il corso del male è stato lento, ma progressivo. Solo in questi ultimi tempi è stato più rapido. Mai il tumore ha dato incommodo che pel suo volume. L'etiologia ne è delle più oscure.

Stato attuale. — In oggi si osservano i *sintomi anatomici* seguenti: tumore voluminoso, ben limitato, del tutto irriduttibile ed indipendente dall'anello inguinale, dal quale lo si isola colla più grande facilità. Forma ovoide, colla grossa estremità rivolta in basso, la piccola in alto; consistenza varia, fluttuante in avanti, solida al di dietro.

La superficie non ne è uniforme; essa presenta qualche leggiero bernoccolo, più molle del resto della massa. — Il peso nulla offre di particolare; sembra tuttavia meno considerevole di quello della maggior parte dei tumori solidi del testicolo. — L'esame per mezzo della luce artificiale permette di constatare senza molta difficoltà della trasparenza in avanti ed in basso, in un'estensione abbastanza grande. — La pelle dello scroto è assottigliata, e presenta un leggier grado di flebectasia: però non è punto alterata nella sua struttura, e puossi farla scorrere facilmente sopra le parti sottoposte. — Le dimensioni esatte sono: asse maggiore 16 centimetri, minore 9 centim.; circonferenza secondo il diametro più esteso 27 cent., al livello del peduncolo 16. Nulla di abnorme nel canal deferente, nel cordone spermatico, nelle pieghe dell'inguine, nella fossa iliaca, nella regione lombare.

In rapporto a *sintomatologia fisiologica* poco ho da aggiungere. Il tumore è stato, come al dì d'oggi sempre indolente. Lo stropicciamento, i colpi leggeri, non producono che una sensazione leggermente dolorosa. Col palpamento, benchè praticato con ogni cura, è impossibile provocare la speciale sensibilità, che possiede la glandola spermatica allo stato normale.

Lo *stato generale* è eccellente; l'infermo non ne ha subito alcuna dannosa influenza, eziandio dopo il corso più rapido del tumore.

Questo insieme di sintomi non permettendo di stabilire una diagnosi certa, è stato d'uopo aver ricorso ad un mezzo sempre prezioso nel diagnostico differenziale dei tumori, e cioè alla *puntura esploratrice.* Un trequarti capillare, impiantato per 12 mm. nella parte anteriore del tumore, non dà uscita che a qualche grammo di una sierosità scolorata, e senza che il tumore si riduca in volume in una maniera notevole. Infiggendo la cannula più indentro nella parte solida, ne esce un poco di sangue.

In presenza di questi dati sintomatologici, aiutati dalla puntura di saggio, si è in reale imbarazzo per istabilire su questo tumore una diagnosi netta e precisa. Il mezzo migliore di abbordare il problema si è di eliminare successivamente i tumori così numerosi, i quali per sintomi evidenti escono dal quadro, cui deve appartenere quello di cui ci occupiamo.

Basta pertanto richiamare alla memoria il corso del male, l'assoluta indolenza del neoplasma, per rigettare tosto ogni tumore costituito da una infiammazione del testicolo e dell'epididimo: epididimite ed orchite acute o sub-acute.

Eliminati questi tumori, la difficoltà rimane tuttavia ben grande. Potrebbe trattarsi mai di un tumore liquido sviluppato a spese della vaginale? *Sarebbe un idrocele?* Evidentemente no. Questo tumore non è trasparente che in una parte limitata della sua estensione; la puntura non diede che una quantità insignificante di sierosità, che non procura nella massa che una riduzione insensibile, mentre l'idrope vaginale al tutto si dilegua colla puntura, lasciando allo scoperto un testicolo il più spesso atrofico, qualche volta invece più voluminoso, ma che offre poi alla pressione la sensazione a lui tutta speciale. *Sarebbe desso un ematocele?* Neppure. L'uniformità del tumore ematico, il non presentarsi bernoccoluto, il liquido sanguigno che emette alla puntura, l'integrità relativa della glandola spermatica, l'etiologia la più comune in questo genere di tumori, fanno rigettare una simile ipotesi.

Passiamo ai tumori solidi. È inutile di parlare del testicolo sifilitico, dell'orchite cronica, o dell'orchite tubercolosa: il volume enorme del tumore, in uno ai risultati della puntura, senza aver riguardo ad una moltitudine di altri più speciali sintomi, bastano per loro stessi ad allontanare dalla vostra mente anche solo l'idea di siffatto diagnostico.

Arriviamo così per via d'esclusione al *cancro del testicolo* ed alla *malattia cistica* di questo organo. Qui più difficile ne è la scelta.

Digitized by Google

Queste due affezioni hanno numerosi punti di contatto, che non bisogna disconoscere, ma offrono ben anche differenze importanti, che basteranno, lo spero, ad illuminarvi.

In favore del cancro non presenta il nostro infermo che il volume, il peso, la nessuna sensazione propria al testicolo, e le rilevatezze, benchè queste siano ben poco sviluppate. — Contro al cancro noi possiamo invocare: 1.° *il corso lento del tumore:* in capo a sette mesi nè lo stato generale, nè i gangli se ne sono risentiti; la malattia ha una esistenza esclusivamente locale. Il carcinoma del testicolo non impiega tanto tempo per portare la sua azione sul sistema ganglionare, come fra breve un altro infermo ve ne darà un triste esempio; 2.° *il risultato fornito dalla puntura:* un tale sarcocele dà sangue, non sierosità scolorita; 3.° *la trasparenza di una porzione del neoplasma.*

Con ogni probabilità adunque è una *malattia cistica* quella che presenta il nostro infermo; tale almeno è la conclusione, a cui siamo condotti dalla discussione che abbiamo fatta.

Non basta tuttavia di giungere, con una eliminazione matematica, a risolvere il diagnostico; non bisogna starsi contenti a segni negativi; i problemi di clinica sono troppo complessi per trascurare alcun dato, e come prove del risultato ottenuto dobbiamo esaminare, se i sintomi attribuiti alla malattia cistica sono realmente quelli offerti dal nostro ammalato. — Questi sintomi sono, in ordine d'importanza: *la lentezza del corso e la non dolorabilità; l'esistenza simultanea d'un idrocele*, ciò che spiega la frequenza della trasparenza alla parte anteriore del tumore (e questo ne è il caso); *la lieve rilevatezza dei bernoccoli; la durezza del tumore; la quantità minima di sierosità fornita dalla puntura;* infine, nella maggior parte dei casi almeno, *la mancanza della diffusione ai gangli ed ai tegumenti.* Tale enumerazione è adunque in tutto favorevole alla nostra diagnosi; con qualche riserva pertanto direi: *malattia cistica del testicolo, con idrocele vaginale concomitante.*

B — Al letto N. 36 giace un giovane d'anni 28, entrato nell'ospedale esso pure con un tumore scrotale nella parte destra. Il principio della malattia rimonta a 4 anni. A quest'epoca tumefazione lenta del testicolo, completa indolenza del medesimo anche nella deambulazione, fino almeno agli ultimi 5 mesi. L'aumento non ne fu più rapido in questi ultimi tempi.

Stato attuale. — Questo tumore innanzi tutto colpisce pel suo volume, che eguaglia quello di una testa di un fanciullo di 6 ad 8 anni. Esso è piriforme, a gran diametro verticale; la superficie ne è ineguale ed alquanto bernoccoluta. Al palpamento riscontrasi di variabile consistenza. Duro alla periferia e nella parte posteriore, nel centro offre per lo contrario una specie di oscura e profonda fluttuazione. La pelle è liscia, distesa e solcata da vene varicose, e non ha per anco incontrate aderenze col tumore. Cosa è divenuto il testicolo in mezzo a questa massa? Una pressione un po' forte e praticata di dietro provoca, in un punto assai limitato, una sensazione dolorifica, che però non ha che una lontana analogia colla sensibilità della glandola spermatica. — Il peso è relativamente considerevole. Non è trasparente. — Questo tumore s'innalza fino all'anello inguinale, dal quale non può limitarsi molto esattamente. Il cordone spermatico è sede di una leggera tumidezza pastosa, ed infine trovasi nella fossa iliaca un ganglio di piccolo volume. — I dolori sono raddoppiati da qualche settimana, e si irradiano verso il ventre ed i reni.

Lo stato generale è buono. Le forze conservate. Le funzioni digestive per nulla hanno sofferto.

La vigilia dell'entrata dell'infermo nelle nostre sale *il tumore è stato punto* da un medico di città, e si ebbe uscita di *sierosità sanguinolenta.*

Ecco gli elementi di questo secondo problema di diagnosi; accingiamoci dunque a risolverlo. — Molti fra voi pronunciarono la parola *ematocele:* esaminiamo pertanto il valore di questo primo diagnostico. L'ematocele ha due origini affatto differenti: o è *traumatico*, ed in questo caso può essere o *vaginale* o *parietale;* o è *consecutivo* a lesioni della vaginale. Bisogna eliminare l'ematocele traumatico, varietà molto più rara di quello che si è creduto da lungo tempo, e che nel nostro infermo non potrebbe essere, poichè non troviamo nell'anamnesi nè colpi, nè cadute, nè traumatismi di alcuna maniera.

Sarebbe adunque piuttosto un ematocele consecutivo. Le condizioni di formazione di quest'ultima specie di tumore ematico sono al presente ben cognite, grazie ai lavori moderni, quelli in ispecie di Gosselin. È dimostrato al giorno d'oggi ad oltranza, che la infiammazione della vaginale, con o senza idrocele, è lungi dall'essere un fatto patologico eccezionale. Le flemmasie della sierosa testicolare non essendo diverse da quelle delle altre membrane della stessa natura, almeno dal punto di vista anatomico, hanno per risultato un inspessimento della tonaca infiammata, e la formazione di neo-membrane nella sua faccia interna, che prontamente si vascolarizzano. I vasi nuovi (le cui pareti sono poco resistenti, in ispecie ad un periodo della formazione loro, come lo hanno dimostrato recenti ricerche istologiche in particolare di altre sierose) facilmente si lacerano, e tanto più qui ove gli sfregamenti e le contusioni leggere sono, può dirsi, un'abitudine della regione. Da queste lacerazioni vascolari ne risultano ripetute emorragie, la cui abbondanza è in rapporto col numero delle produzioni plasmatiche, e per conseguenza coll'intensità del lavorio flo-

Digitized by Google

gistico, che in principio ha dato origine alle neomembrane. Questi depositi ematici divengono essi stessi agenti d'irritazione formativa, e gli elementi cellulari delle pseudo-membrane proliferano coll' attività propria di un tessuto embrionale. Tale deviazione di nutrizione, propagata agli strati più lontani dalla tunica sierosa, invade le cellule connettive del tessuto primigenio, e grazie a questa iperattività neo-plasmatica la vaginale s' inspessisce, si vascolarizza, si forma a sepimenti nella sua faccia interna di già ricoperta da bottoni vascolari. Il normale inviluppo viene così trasformato in un tessuto fibro-plastico ad ipergenesi incessante, ad ingrandimento rapido, spesso a partecipazione ganglionare, che, come vedete, non si differenzia punto dal cancro.

Il testicolo non resta già indifferente a simili disordini. Nell' ematocele ordinario, la cui data non è per solito molto antica, voi lo trovate atrofico; il suo tessuto è pallido e scolorito, ed è sede di un' anemia, sulla quale il Gosselin ha con ragione insistito.

Nell' infermo, che noi esaminiamo, sonovi incontestabilmente sintomi di ematocele. Infatti il tumore è poco bernoccoluto, opaco, fluttuante in un punto, sensibile al di dietro, dà alla puntura una sierosità sanguinolenta, l' origine ne è lontana ecc.; pure presenta esso soltanto i segni di ematocele? Non esito a rispondere di no. In vero questo tumore ha un peso, che senza dubbio non hanno i tumori liquidi del testicolo. Se presenta esso un *punto fluttuante, la maggior parte della massa è solida:* in ultimo, segno disgraziatamente troppo certo, *il cordone non è sano*, e già *nella fossa iliaca esiste un ganglio compromesso.*

Abbiamo dunque sott' occhio un tumore misto, che partecipa dell' ematocele e del sarcocele, tumore che forse ad una data epoca non era che un ematocele, ma che senza dubbio ad un periodo più avanzato ha subite modificazioni nutritive analoghe a quelle che poc' anzi ho enumerate. Il tumore ematico si è complicato con una produzione temibile per altra guisa. Deve esso venir collocato fra i cancri, ed il suo esatto appellativo quello è di *emato-sarcocele.*

C — Eccovi un giovane di 22 anni, che è entrato nella Sala S. Filippo il 29 Luglio con un tumore scrotale al lato sinistro, il quale per nulla la cede ai precedenti, almeno in quanto al volume.

Egli godeva di buona salute abituale, allorchè solo da 10 *mesi* vide svilupparsegli l' attuale tumore, che, secondo asserisce, si sarebbe bruscamente presentato. Una sola notte bastò perchè raggiungesse il volume di un pugno. Benchè questi indizi mi sembrino meritare poca credenza, e mi lascino anzi affatto incredulo, ve li comunico ciò nullameno, perchè l' infermo li dà con una certa insistenza. Comunque, un lasso di tempo di 10 mesi ha permesso al male di arrivare ai limiti che in oggi possiede.

Stato attuale. — Tre cose colpiscono facendo l' esame di questa massa patologica: 1.° *il volume;* 2.° *i bernoccoli;* 3.° *il color della pelle.* — La forma ne è irregolarmente ovoide, il peso considerevole, anche avuto riguardo al suo volume. Tre rilevatezze principali contribuiscono alla sua irregolarità: due alla parte mediana, una delle quali al di dentro, un altra al di dietro; una terza infine all' apice. La consistenza generale è molle; i bernoccoli presentano anzi una fluttuazione delle più evidenti. Questa consistenza diviene più rilevante negli spazi interlobulari. Da una rilevatezza all' altra la fluttuazione è molto oscura. La pelle dello scroto è inspessita fra i lobi del tumore, per contrario assottigliata al livello di questi ultimi. La rete venosa ne è sviluppatissima; la pelle non scivola bene come allo stato normale. — Le *regioni vicine* non furono rispettate, malgrado il recente sviluppo del male. *Il cordone è duro, sensibile al palpamento.* A livello dell' anello pubico ha il diametro di un pollice.

Rimontando nell' addome, ed esplorando la fossa iliaca, si avvertono gangli voluminosi, la cui limitazione esatta è difficile nelle parti profonde. Questa esplorazione fa immediatamente scoprire *un tumore della metà destra dell' addome*, tumore che scompare dietro la contrazione dei muscoli del medesimo; esso è dunque intra-addominale. Arriva fino sotto le false costole, e discende sino nella fossa iliaca. La sua consistenza è uniformemente dura, e non trovansi punti fluttuanti. È desso mobile? Fino ad un certo punto se gli può imprimere dei leggeri spostamenti.

Cosa è questo tumore? *La milza ne sarebbe mai la sede?* Avremmo a fare qui con una ipertrofia splenica indipendente dal tumore del testicolo? Certo che no; l' infermo non ha offerti giammai gli accidenti dell' intossicazione paludosa, non ha punto abitato in paesi ove essa domina, e dirò anzi, benchè ciò sia parso evidente a molti fra voi, che questo tumore addominale non ha sua sede nella milza. Se ciò fosse, il tumore sarebbe asceso nella profondità dell' ipocondrio, ove si constatava un matità molto estesa. La ottusità offerta dal tumore cessa al livello delle false coste, come lo addimostra la percussione. Inoltre, se deprimendo metodicamente i muscoli addominali, si cerca di penetrare al di sotto della parete toracica, riesce possibile sormontare i limiti superiori del tumore. Si sente benissimo, che il tumore termina bruscamente a questo livello. Se esso fosse di origine splenica, si avvertirebbe un piano uniforme, il cui limite diafragmatico invano sarebbe ricercato. Dunque non è un tumore della milza. Tale esclusione *mi conduce a localizzare nei gangli mesenterici questa massa addominale*, e che per conseguenza diviene un tumore

Digitized by Google

intimamente legato a quello dello scroto. Il modo di formazione di questo neoplasma secondario è di facile spiegazione; esso deve la sua origine alla infezione successiva dei gangli iliaci, lombari e mesenterici.

Lo stato generale è deplorabile, cattive le digestioni, le forze scemano ogni giorno, il dimagramento è rapido, e di già si constata una tinta subitterica dei tegumenti.

In presenza di simili disordini la diagnosi non può essere dubbia; egli è questo *un cancro* del testicolo, ed un cancro *encefaloide* dei più invadenti.

Terminiamo collo studio di un infermo, che ci presenta un tipo ben diverso di tumore del testicolo.

D — Giace questo al N. 36, Sala S. Filippo, fino dall' 11 Aprile; ha 45 anni, e ad eccezione di una bronco-pneumonite avuta a 17 anni, la sua salute fa sempre buona.

Il principio del suo male rimonta circa ad un anno e mezzo. Egli provò in allora, senza alcuna altra cagione determinata che un colpo di freddo, dolori vivi al testicolo destro, il quale si gonfiò. Fu fatta un'applicazione di 6 sanguisughe lungo il tragitto del cordone; stette in riposo a letto, ed in capo a tre settimane tutto era finito.

Per tre mesi niente richiamò l' attenzione sulla precedente affezione; ma trascorso questo termine, essendosi l'infermo seduto bruscamente sopra una seggiola, si contuse il testicolo destro, che indi aumentò di volume.

La gonfiezza nacque dapprima senza dolore. Ma in capo di 15 o 20 giorni il male perdè questa indolenza, ed il testicolo divenne sensibile assai; dopo qualche settimana tornò indolente come prima. Passati sette mesi insorsero dei brividi, febbre, e forti dolori alla glandola spermatica. Lo scroto divenne rosso e lucente. *Si formò un ascesso*, si aperse, diede uscita ad una piccola quantità di pus, e lasciò una *fistola persistente* alla parte inferiore e posteriore dell' organo infermo.

Stato presente. — In oggi è facile il rendersi conto, la mercè di una semplice ispezione, che il tumore non è composto di un solo ed unico elemento. Così al di dietro esiste una massa irregolarmente allungata, col grande diametro antero-posteriore, ed a superficie ineguale e bernoccoluta. Al davanti trovasi un'altra porzione rotonda, decisamente fluttuante, trasparente in una parte della sua estensione, che permette di giungere sopra una porzione intermedia, molle, ovoide e piatta, che dà alla pressione la sensazione propria del testicolo. Questa sensibilità indica che desso non è ancora disorganizzato, e che fino ad oggi si è tenuto libero dalle alterazioni delle parti vicine.

In questi ultimi giorni, e come per facilitare il diagnostico, un *secondo ascesso* si è formato al di sopra del primo. Si è aperto, ha dato esito ad una piccola quantità di pus disgregato, ed è rimasto fistoloso. Dalle due fistole attuali vedesi sorgere costantemente un pus sieroso, tinto a quando a quando da strie sanguigne.

La porzione del tumore che appartiene all'epididimo, quella che costituisce la maggior parte di esso, non è nettamente limitata dal cordone. Quest'ultimo in uno spazio di 4 centim. è sede di una tumidezza pastosa, che maschera la consistenza degli elementi che lo compongono. Il cordone, come l'epididimo, sono sensibili alla pressione.

Lo stato generale è buono. Fino al presente, eccettuati i fenomeni del suo esordire, il male è rimasto localizzato. Le funzioni digestive si eseguiscono bene, l'appetito è conservato; l'infermo non è dimagrato, e, cosa importante a notarsi, *dal lato del parenchima polmonare la percussione e l'ascoltazione le più minuziose non rivelano alcun sintoma di tubercolosi.*

Quale interpretazione diagnostica dare a questo nuovo tumore? L'imbarazzo non può essere di lunga durata. *Il corso del male, che comincia e si limita nell'epididimo, le rilevatezze di cui esso è la sede, i due ascessi che sonosi formati ad epoche differenti, la situazione delle fistole ad essi conseguite, e l'alterazione del canale deferente*, tradita dalla gonfiezza pastosa del cordone, parlano assai in favore di quel tumore, che i chirurghi hanno convenuto di chiamare *epididimite tubercolosa. La fluttuazione alla parte anteriore del tumore, al davanti del testicolo, la trasparenza a questo livello* permettono di aggiungere un nuovo elemento al diagnostico, che deve essere formulato: *epididimite tubercolare con idrocele vaginale.*

Diagnostico differenziale dei tumori del testicolo.

Idrocele vaginale. — Tumore liscio, leggero, più frequentemente distaccato dall'anello, irriducibile, fluttuante, trasparente, ottuso alla percussione, indolente. — Testicolo situato più spesso al di dietro.

Ematocele. — Gli stessi segni. — Nessuna trasparenza. — Puntura esploratrice, liquido ematico. — Punta dell' istrumento libera.

Idrocele spermatico. — Segni dell'idrocele vaginale. — Poca o nessuna trasparenza. — Testicolo ben limitabile quasi *libero.*

Enterocele irriducibile. — Riducibile ad una certa epoca. — Volume vario. — Dolori. — Coliche. — Gorgogliamento. — Sonorità. — Tumore accanto all'anello.

Cancro. — Tumore unilaterale, pesante, bernoccoluto, spesso distaccato dall'anello, irreducibile, non trasparente. — Fluttuazione più o meno

Digitized by Google

imperfetta. — Pelle colorita. — Testicolo non percettibile. — Corso rapido. — Sangue per la puntura esploratrice. — Istrumento immobile.

Malattia cistica. — Tumore pesante, poco bernoccoluto, irreducibile, più o meno fluttuante. — Testicolo non percettibile. — Corso lento. — Spesso opacità al di dietro, trasparenza al davanti. — Colla puntura da saggio sierosità variabile.

Testicolo sifilitico. — Tumore duro, liscio, poco voluminoso, che comprende il testicolo e l'epididimo, frequentemente doppio. — Diatesi.

Epididimite. — Epididimo duro, più o meno sensibile, bernoccoluto, voluminoso, in forma di mezza luna al di dietro del testicolo. — Testicolo il più spesso normale. — Poco o niente di idrocele. — Scolo uretrale.

Testicolo tubercoloso. — (Dapprincipio). Epididimo duro, bernoccoluto. — Ascessi multipli. — Fistole persistenti. — Cordone sovente moniliforme. — Testicolo molle nel davanti. — (Più tardi). Testicolo duro, bernoccoluto; con ascessi e fistole. — Cordone voluminoso, ingorgato.

Orchite cronica. (Rarissima). — Frequentemente da causa traumatica. — Tumefazione del testicolo e dell'epididimo. — Dolore più o meno vivo, spontaneo od alla pressione. — Diagnostico per esclusione. — Spesso confusa colle affezioni tubercolose.

Prognosi e trattamento.

Prima di inoltrarci nella parte terapeutica della questione, dirò qualche parola sul pronostico delle malattie testicolari che noi esaminiamo.

1.° *La malattia cistica* non è tanto benigna quanto la sua denominazione sembra indicarlo. Chirurghi del più gran merito, A. Cooper e Roux, hanno creduto che questa malattia fosse essenzialmente locale, e per conseguenza benigna. Per altro Roux non potè dividere a lungo questa illusione. Nel 1837 praticò egli la castrazione per un tumore cistico. Dopo l'esame del pezzo patologico annunziò che la massa asportata era di natura benigna, e che non poteva aversi apprensione alcuna per la recidiva. Disgraziatamente gli eventi non giustificarono l'ottimismo del celebre chirurgo, e dopo alcuni mesi si svilupparono tumori secondari nel ventre, e l'infermo ne morì. — Curling ci pare più circospetto ammettendo due forme di tumori cistici del testicolo, l'una benigna, maligna l'altra, essendo poi quest'ultima molto più rara.

Da che dipendono queste divergenze così radicali in apparenza? Secondo noi, da molte cagioni. Bisogna dire innanzi tutto, che sonosi compresi sotto la denominazione di tumori cistici buon numero di tumori, che senza dubbio si sarebbero meglio rimandati alla classe dei carcinomi. Questa confusione, commessa per altri tumori glandolari, era quasi inevitabile in causa della difficoltà inerente allo studio anatomico delle neoplasie testicolari. Ed oggi ancora, che, grazie sovra tutto allo zelo degli anatomo-patologi, la luce si è fatta, la delimitazione esatta di queste due affezioni spesso è impossibile.

In vero non potrebbe essere altrimenti, e trovano qui luogo le idee, che più volte ho avuto l'occasione di esporvi sulla maniera di essere dei processi patologici. *Ogni deviazione organica è un gran passo verso una deviazione organica più grave.* Io ve l'ho provato in molte circostanze, e presto vi citerò un nuovo fatto ben proprio a dimostrarvi la verità di questo asserto.

I tumori i più rinomati per la loro innocuità subiscono quasi fatalmente questa legge, allorquando sono sottoposti a ripetute irritazioni, qualunque sia la natura delle medesime. Questi tumori la subiscono tanto meglio, se la loro trama è più disposta alle ipergenesi per la natura degli elementi, per la loro struttura anatomica, e per la loro tessitura vascolare. Primi fra questi dovete collocare i tumori glandulari. Niente ad essi manca per queste metamorfosi neoplastiche: elementi epiteliali, tessuto connettivo, vasi abbondanti. Vi è più del bisogno per generare un cancro. Così ad un primo periodo avrete un tessuto nuovo, i cui elementi si allontanano poco a poco da quelli, che compongono il tessuto generatore. A misura che il primo aumenta, l'ultimo scompare gradatamente; gli elementi, che sempre sono sottoposti alla medesima causa irritante, continuano a proliferare; ma più questa proliferazione è attiva, e più essi si scostano dalla forma primigenia, perdono tanto meglio le loro proprietà organiche normali, per quanto essi non hanno uno scopo biologico determinato. Arrivasi così per transizione insensibile ad avere tessuti eterologhi, la cui malignità non è che troppo provata. Più il tessuto allontanasi dal tipo primitivo, più il pronostico è grave, e lo diverrà per conseguenza tanto di più, se l'eterologia si complicherà all'eterotopia. Del rimanente questo è quanto viene a corroborare l'esame dei fatti. Dauvé ha trovato che quasi costantemente i tumori cistici di natura benigna non presentavano cartilagine nella loro trama (Mém. de la Soc. chirurg. Tom. VI., p. 296), e Conche ha stabilito con cifre precise, che dopo l'ablazione dei tumori cisto-encondromatosi la recidiva era più rapida. (Mém. sur la mal. kist. du testic., 1865). Risulta da tutto ciò che i tumori cistici del testicolo, come gli adenomi mammari, possono, pel progredire del processo irritativo, diventare neoplasmi invadenti e dannosi quindi per l'organismo intero.

La condotta del chirurgo dietro queste premesse è bene tracciata. Ogni temporeggiare sarebbe inutile e dannoso, e per temporeggiamento io inten-

Digitized by Google

do l'applicazione di mezzi medicamentosi, la cui inefficacia ogni giorno riceve nuova conferma. *La sola risorsa efficace è la castrazione.*

2.° Sarebbe d'uopo essere ben ottimista per illudersi sul valore pronostico dell'emato-sarcocele, che da poco vi ho fatto vedere. Il principio dell'alterazione del cordone, la presenza di un ganglio, benchè poco voluminoso nella fossa iliaca, sono segni eloquenti dei quali bisogna tenere gran conto.

Qual partito si ha da prendere? Far nulla? Non lo credo: il ganglio iliaco è poco voluminoso, è di data recente, e non mi sarebbe bastevole per ricusare al povero infermo la sola via di salute, che ancora gli rimane. *Qui è pure la castrazione che dobbiamo preferire.*

Nell'emato-sarcocele, non v'ha dubbio, bisogna ricorrere alla completa ablazione del tumore. Sarebbe la stessa cosa per un ematocele antico con avanzata sclerosi della vaginale? La questione è difficile a risolversi più di quello che paia a primo abordo. *L'iniezione e l'incisione* non possono in questo caso venire raccomandate; ma è da prescriversi *la decorticazione*, processo che ha goduto di qualche favore grazie al sapiente patronato di Gosselin? Io non esito punto, e la mia pratica me lo autorizza, a dichiararmi poco partigiano di questa operazione nei casi indicati, e cioè per gli ematoceli con sclerosi della tunica del testicolo. Fatta astrazione dalla emorragia sempre abbondante, di cui va compagna, soventi è resa difficilissima per le numerose aderenze, che uniscono i due fogli della sierosa. Il solo suo vantaggio si è di risparmiare il testicolo, vantaggio esso pure illusorio, perchè la glandula spermatica è anemica, priva dei suoi attributi fisiologici, e fatto alcuno non è venuto a provare, che venga essa ricoperta dopo la cicatrizzazione della piaga prodotta dall'operazione. — La decorticazione non trovò favore nella Società di Chirurgia, allorchè ebbe luogo una discussione sopra i tumori del testicolo. Verneuil la colloca per gravità in rango colla castrazione medesima. Demarquay la proscrive affatto, non sempre senza ragione: in tre casi l'operazione ebbe un esito fatale, due volte per emorragia, una per infezione purulenta. In ultimo, se deve credersi alle rivelazioni di Panas, Nélaton e Denonvilliers non sarebbero che poco favorevoli a questa operazione. Gosselin istesso, malgrado la sua paterna tenerezza pel suo metodo, ha confessato più di un insuccesso, e veduto più di un caso di morte (Soc. de Chir. 5 Septembre 1866). Il maggior torto della decorticazione si è di lasciare al fondo della piaga un tessuto molto vascolarizzato, di già disposto alle trasformazioni neoplastiche, e di esporre l'infermo alle loro terribili conseguenze. Questi timori non sono che troppo fondati, e l'osservazione seguente, tolta dalla mia pratica, è di un significato superiore ad ogni commento.

Ematocele con sclerosi della vaginale. — Decorticazione. — Guarigione temporanea. — Degenerazione locale. — Generalizzazione cancerosa. — Morte.

M. P. d'anni 27, di temperamento linfatico, di delicata costituzione, da un'epoca difficile a precisarsi ha veduto lo scroto divenir sede di un tumore localizzato a destra, gradatamente crescente, più incomodo pel suo peso e volume di quello che per le sensazioni cui dava luogo. — Questo tumore è piriforme, colla grossa estremità in basso, vicino all'anello inguinale colla sua estremità allungata; è liscio, uniforme, mobile sotto lo scroto, che è perfettamente sano. La consistenza ne è molle, semi-fluttuante, sensibilmente uguale in tutti i punti. Nessun dolore alla pressione. Il cordone è sano; nessun ingorgo all'inguine e nella fossa iliaca: alla puntura esploratrice si ottiene della sierosità moltissimo sanguinolenta.

Nel giorno 8 Marzo 1860 ablazione dell'ematocele colla *decorticazione*, tre giorni dopo la puntura da saggio. Incisione longitudinale dello scroto e degli strati sottostanti; incisione delle pareti dell'ematocele, fatta con lentezza per non offendere il testicolo, se mai fosse al davanti. Decorticazione praticata tanto colla pinzetta, quanto colla dissezione, per giungere sul testicolo ed isolarlo dalle pseudo-membrane. L'organo trovasi all'indietro, unito sì intimamente ai tessuti patologici, che non poteva separarsi da essi che la mercè del coltello, e non senza lasciarvi frammenti della tunica alterata. Sbarazzato così questo testicolo, lo si riconobbe alla imperfetta continuità col cordone, alla sua mollezza, alla sua forma elittica; ma è piatto, e ridotto alla metà almeno del suo normale volume. — L'operazione fu terminata senza ostacolo, ed una volta completata l'emostasia, la piaga si riunì per prima intenzione.

Anatomia patologica. — Inviluppo membranoso di circa un centimetro di spessezza, liscio all'esterno, ineguale, tomentoso all'indentro, con colorito rossastro, ed arborizzazioni vascolari inegualmente ripartite. Tessitura fibroide, potendosi dividere questa membrana in laminette ed in filamenti. Contenuto ematico, composto di coaguli sanguigni e di sierosità rossigna.

Decorso semplice. — Riunione immediata nella maggiore estensione della piaga. Reazione febbrile assai moderata. Quindici giorni dopo l'operazione (24 Marzo) l'infermo, essendo in istato abbastanza buono, torna a casa propria. La piaga è ridotta ad una piccola superficie suppurante; ma già a questo momento si concepisce qualche inquietudine sulle ulteriori conseguenze della malattia, in causa di un bottone carnoso alquanto duro, esuberante, e che persiste ed aumenta in onta di ripetute cauterizzazioni colla pietra infernale.

Il 24 Aprile 1860 il malato ritorna in uno stato affliggente. Lo scroto è invaso da fungosità va-

Digitized by Google

scolari più grosse di un pugno. Nel tempo istesso evvi ingorgo del cordone, tumefazione dei gangli inguinali, massa dura, lobata nella fossa iliaca, spandimento sieroso nel peritoneo. — Quattro cauterizzazioni mediante il cloruro di zinco restano inefficaci sulla massa fungosa. L'ascite diviene considerevole, le forze si stremano, e l'infermo muore il 27 Luglio 1860, quattro mesi e mezzo dopo l'operazione, con tutti i caratteri della cachessia cancerosa.

3.° La chirurgia ci lascia al tutto impotenti in presenza dei disordini spaventevoli, che voi stessi avete constatati nel nostro infermo colpito da cancro. La estensione della malattia e lo stato cachetico ci impongono il dovere dell'astensione.

4.° Fortunatamente ciò non è lo stesso pel nostro ultimo infermo affetto da *epididimite tubercolare. Lo stato generale buono, l'assenza della tubercolosi polmonare e addominale spesso e minuziosamente constatata, la necessità di sottrarre al più presto un organismo sano ad una causa attiva di debilitazione* (suppurazione), *l'inutilità di una glandola priva del suo condotto escretore, e che presto o tardi dovrà atrofizzarsi, sono altrettante ragioni che militano in favore della castrazione.*

Io devo pertanto rendervi edotti delle difficoltà e degli inconvenienti della castrazione, de' suoi accidenti immediati e consecutivi, e dei suoi risultati.

La castrazione comprende tre tempi. *L'incisione della pelle, — la dissecazione del tumore, — il taglio del cordone e la riunione delle parti divise.* I due primi riescono di facile e rapida esecuzione, sovrattutto se usasi il processo di Dupuytren. Il loro pericolo principale è l'offesa dei corpi cavernosi, del setto e dell'arteria che vi circola; questo scoglio però è facile l'evitarlo: il terzo tempo ha ben altra importanza. Tre precipue arterie prendono parte alla nutrizione del cordone: *l'arteria spermatica* (branca dell'aorta), *l'arteria deferente* (branca della vescicale), *l'arteria cremasterica* (branca della epigastrica). La cremasterica è situata in avanti, la spermatica al centro del cordone, la deferente al di dietro unita al canale deferente. Queste tre arterie (di cui una sola, la spermatica, merita seria attenzione nello stato normale), in grazia delle condizioni patologiche che loro creano questi tumori del testicolo, assumono uno sviluppo considerevole. Non soltanto aumentano di calibro, ma le anastomosi loro, subendo le medesime influenze, si dilatano. Il cordone diventa ben presto un centro dei più vascolosi, e cioè dei meglio organizzati per dar luogo ad emorragie. Questo accidente pertanto è quello, che in ogni tempo i chirurghi si sono studiati di prevenire.

Qui, come in altri casi, i processi non sono mancati, e la castrazione ci dà il diritto di ammirare anche una volta la fecondità immaginativa dei chirurghi di tutte le epoche. Io non devo farvi l'istoria della questione, tuttavia non è inutile di passare un poco in rivista i metodi usati ed i risultamenti ottenuti.

Tre metodi principali si presentano in oggi, e che offrono le migliori condizioni possibili di emostasi: il più antico è la *legatura in massa del cordone*, il secondo la *legatura metodica delle arterie del funicolo*, il terzo lo *schiacciamento lineare.*

Il primo metodo può essere eseguito prima o dopo il taglio del cordone. Celso e Paolo d'Egina sembrano esserne gli inventori. In oggi *la legatura in massa* è abbandonata dalla maggioranza dei chirurghi. Questa era almeno l'opinione di Verneuil, quando due fra i suoi colleghi della Società di Chirurgia, Lefort e Laborie, vennero a disingannarlo, confessandosi partigiani di questo metodo, il quale loro aveva dati sempre risultati soddisfacenti. (Soc. de Chirurg. 5 Septembre 1866). — La legatura in massa merita frattanto severi rimproveri. Non cade essa che con una disperante lentezza; l'estremità sfacelata del cordone, che sta nella profondità della piaga, è una causa di irritazione, di suppurazione, e senza dubbio non mette al riparo dall'emorragia. Verneuil ha veduto questo accidente sopravvenire in seguito di una legatura applicata sopra un cordone edematoso. D'altronde si comprende facilmente, che un simile accidente producesi in eguali condizioni di legatura; poichè per avere una costrizione efficace, è d'uopo stringere fortemente l'agente costrittore, ciò che esige l'impiego di un grosso filo, ed ognuno sa, che un grosso filo è un cattivo mezzo emostatico. Io qui non parlerò degli accidenti nervosi rimproverati alla legatura in massa, poichè sembrami che ciò sia stato discusso anche più del bisogno.

Per lo contrario è ben preferibile *la legatura metodica delle arterie del cordone*, la quale conta in suo favore i tre grandi nomi di Dupuytren, Delpech e Roux. Ecco in quale maniera io la pratico: sollevato il cordone fra l'indice ed il pollice della mano sinistra, taglio lentamente, ma molto lentamente con piccoli tagli, i differenti strati del cordone, legando indistintamente tutti i vasi piccoli e grandi, e perfino le vene spermatiche, le quali, sprovvedute di valvole, sono in fatto di emorragia a temersi quanto le arterie, Procedendo con questa lentezza e con tali precauzioni evito facilmente la retrazione arteriosa, troppo qui secondata da quella del cremastere, e pervengo a legare tutti i vasi che potrebbero generare emorragie consecutive. — Regolandomi di tale maniera, io non ho giammai avuto a deplorare emorragie che in un numero assai limitato di casi, e giammai l'uscita del sangue ha prese serie proporzioni, come potrete convincervene, osservando la statistica che or ora vi mostrerò.

Digitized by Google

Lo schiacciamento lineare quale agente di castrazione non fu applicato un sufficiente numero di volte per giudicare del suo valore quale emostatico. Chassaignac ne racconta meraviglie, e se deve credersi ai risultati citati alla Società di Chirurgia, sarebbe il migliore fra i tre metodi. (Soc. de Chirurg., 29 Août 1866).

Il mio collega Valette ha associata la cauterizzazione alla strettura del cordone. Egli porta ad effetto questa doppia indicazione la mercè di una pinzetta porta-caustico. Io non ho esperienze che mi appartengano su questo metodo misto, che sembrerebbe un buon mezzo di emostasi.

La riunione dei labbri della pelle dello scroto non deve giammai essere completa. Questa adesione è inutile, soprattutto nei nostri grandi ospitali, ove una riunione totale immediata è fenomeno raro. Essa disturba considerevolmente, nei casi di emorragia, nel procedere alla ricerca del cordone; in seguito poi ha lo svantaggio di facilitare l' infiltrazione del sangue, versato dai vasi, nel tessuto cellulare sotto-cutaneo. Io mi sono trovato sempre contento di non riunire che la parte superiore della piaga, e di lasciare nell' angolo inferiore della medesima uno stuello di filaccie destinato a facilitare lo scolo della suppurazione profonda, allorchè si produce, e l' uscita dei coaguli sanguigni, nel caso ove l'emorragia, poco abbondante, non rende necessario un nuovo intervento del chirurgo.

Quanto agli accidenti consecutivi alla castrazione, oltre l' emorragia, quanto ai successi ed ai rovesci di questa operazione, potrete farvene un' idea, consultando la seguente statistica tolta dalla mia pratica.

Statistica dal 1852 al 1865.

30 Castrazioni
27 unilaterali
3 bilaterali

L' operazione fu necessaria

18 volte per carcinomi
3 » per tumori fibro-plastici
7 » per tubercoli
2 » per la malattia cistica

Totale 30

Sopra questi 30 operati

26 sono guariti
4 » morti

Totale 30

Guarigioni

16 volte senza accidenti. — 7 volte riunione immediata nella maggior parte della ferita
2 risipole
3 emorragie (tutte di poca importanza)
2 ascessi del cordone
1 ascesso del cordone e della parete addominale
1 adenite iliaca leggera

Totale 26

Morti

1 febbre traumatica
2 peritoniti
1 atassia

Totale 4

Età degli infermi operati

18 - 21 - 22 - 22 - 27 - 27 - 27 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 36 - 38 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 43 - 43 - 43 - 45 - 50 - 56 - 60 - 64. Totale 30.

A — *Operazione del tumore cistico fatta il* 15 *Aprile.* Eterizzazione; incisione elittica, che divide i tegumenti, i quali contraggonsi, e lasciano allo scoperto il tumore, che viene enucleato senza difficoltà colla pressione esercitata nella sua parte superiore. Isolato il cordone, e sollevato coll' indice ed il pollice della mano sinistra, viene dissecato a piccoli tagli. Sette legature. Riunione incompleta dei labbri della ferita la mercè di una sutura a punti staccati. Uno stuello di cotone viene introdotto nell' angolo inferiore. Medicatura coi cerotti.

Il decorso fu semplicissimo, perchè non ebbesi emorragia e neppure stillicidio di sangue; poca fu la gonfiezza allo scroto; ebbesi febbre traumatica, e le condizioni della ferita andarono sempre di bene in meglio, tanto che alla fine del mese la cicatrizzazione dei piccoli punti suppurati all' angolo superiore della medesima era raggiunta, e l' infermo, completamente ristabilito, potè il 5 Maggio tornare agli usati lavori. Questo infermo ha potuto essere sorvegliato, ed in oggi ancora si può esser certi, che la guarigione si è perfettamente conservata.

B — *Operazione dell' emato-sarcocele praticata il* 19 *Luglio.* La castrazione fu eseguita come nel caso precedente; l' emostasi fu ottenuta mediante cinque legature ed otto punti di sutura. In questo caso pure le conseguenze della operazione furono benigne, sia dal lato generale, che della località, ed il 7 Agosto uscì dallo spedale. La guarigione sembra completa. Cicatrice regolare, senza nodi induriti. Il ganglio della fossa iliaca è rimasto stazionario, conservando la medesima densità, ed è indolente alla pressione.

Digitized by Google

C — *Operazione del testicolo tubercoloso fatta il 10 Maggio.* Niente di particolare durante la castrazione, però in quest' infermo i fenomeni consecutivi all' operazione furono alquanto più gravi, tanto per quello che riguarda la parte operata, che per quello che si riferisce ai fenomeni generali, ma ciò specialmente nei primi giorni. Al 30 Maggio fu licenziato, non rimanendo che un piccolo tramite fistoloso alla parte inferiore della ferita. Sei mesi dopo l' infermo fu riveduto, e la piaga era in tutto cicatrizzata; l'altra glandola seminale nulla offriva di particolare, e lo stato generale non poteva desiderarsi migliore. D'allora in poi esso fu perduto di vista.

Anatomia patologica dei tumori operati.

Cisti, emato-sarcocele, tubercolo, cancro.

Egli è indispensabile renderci conto della struttura dei tumori, che mi vedeste operare; l'anatomia patologica è complemento necessario della clinica, non vi meravigliate adunque della importanza, che io assegno sempre nelle mie lezioni a questo genere di studi.

A — *Anatomia patologica della malattia cistica.* Alla superficie del tumore si riconosce la tunica vaginale, la quale contiene ancora un poco di sierosità limpida, che la distende. Offrendo i caratteri delle sierose, essa è liscia, pulita, ed aderisce al dartos ed al tumore. Al di sotto trovasi il testicolo. Ma non è più l' organo a forma ovoide e globulosa; sotto l'influenza della considerevole di*stensione*, *che* esso ha subita, si è ridotto in una sottile lamina, che ricuopre la parte posteriore ed interna del tumore. Se colle pinzette si stira per porzioni questo strato grigiastro, si strappano dei tubuli seminiferi, che allungansi sotto la trazione come i fili di una tela di ragno.

L'epididimo ha subito la distensione medesima, ed offre questa stessa disposizioue stratiforme. Dividendo con un taglio perpendicolare il tumore in due metà, trovasi l'albuginea inspessita in certi punti, assottigliata in altri. La sua levigatezza madreperlacea, la sua disposizione e struttura la fanno facilmente riconoscere. Sotto un tale inviluppo si mostra il prodotto morboso, di cui eccovi i caratteri. La superficie del taglio praticatovi mostra una moltitudine innumerevole di piccole cisti arrotondate od ovoidi, del volume di un grano di miglio ad un pisello, alcuni semiaperti, gli altri ancora intatti. Ognuno di essi è costituito: 1.° da una membrana cistica, sottile, semitrasparente, sierosa all' interno, tomentosa all' esterno; 2.° da un liquido limpidissimo ed albuminoso, racchiuso nell'interno di questa membrana o saccoccia. Queste cisti non sono a contatto le une coll'altre; sono divise fra loro da una trama fibroide assai densa, che serve di substrato a tutta la massa. In un punto del tumore voi potrete constatare colla vista e col tatto delle vegetazioni di apparenza e durezza cartilaginea, accumulate alla guisa degli ornamenti rocciosi di una fontana, ed il cui punto di partenza sembra essere la stessa trama fibrosa.

L'esame microscopico ha dati a conoscere i seguenti elementi nella costituzione di questo morboso prodotto.

a — Nel liquido delle vesciche:

1.° Cellule epiteliali vecchie, e che già hanno subita la degenerazione adiposa, deformate, irregolari, ad inviluppo mal limitato. Non hanno nucleo centrale, ma sono riempite di granulazioni di grasso.

2.° Globuli e placche di ematina.

b — Nella parte cartilaginea:

In mezzo ad una sostanza fondamentale granulosa trovansi cavità di forma irregolare, a bordi nettamente delimitati, e che contengono una cellula, oppure in sua vece granulazioni grassose, in una parola vere cellule cartilaginee.

c — Nel substrato fibroso:

Elementi di tessuto connettivo, in mezzo del quale sono sparse alcune fibre di tessuto elastico, riconoscibili pei loro contorni sinuosi e la loro tinta decisa.

Con tali nozioni sulla struttura di questo tumore è possibile a noi il rimontare fino all' origine della sua evoluzione, e stabilire quale dovè essere il suo modo patogenico?

La risposta a questo quesito non è uno dei punti i più facili nello studio della malattia cistica, e facilmente può farsi un' idea della sua difficoltà, considerando il numero considerevole di opinioni emesse su questo sospetto.

1.° Astley Cooper opinava che i tubuli seminiferi obliteravansi in qualche punto del loro tragitto, si dilatavano in altri, e in questo modo formavano i sacchi cistici. Per appoggiare un tale suo modo di vedere si fondava su questo, che le cisti non costituivano già un sistema di borse isolate, ma invece erano legate insieme da prolungamenti pieni, avanzi di tubi glandulari. Simile opinione non è accettabile, perchè non riscontransi tubuli seminiferi nel seno istesso della neoplasia; questi ultimi formano generalmente alla periferia uno strato omogeneo più o meno atrofico, di guisa che avvi quasi indipendenza fra le cavità cistoidee ed i tubuli seminiferi. Nei tumori di antica data si possono seguire i differenti periodi atrofici di questi elementi glandolari.

2.° L' opinione di Robin non novera che pochi partigiani, benchè sia stata sostenuta con molto talento dal nostro sapiente micrografo. Per Robin la sede del sarcocele cistico è l'epididimo (Arch. gén. de médecine, 1856). Sopra un gran numero di pezzi patologici si è potuto constatare l' integrità dell' epididimo, allorchè i caratteri anatomici della malattia cistica erano evidenti. Cur-

Digitized by Google

ling e Lebert, e più tardi Trélat, Jouon e Boutind, hanno notata questa integrità dell'epididimo, ed io pure l'ho verificata in due circostanze diverse.

Tuttavia in un certo numero di casi, sotto l'influenza di questa tendenza invadente, che spesso assumono i neoplasmi in apparenza i più benigni, e sovrattutto i neoplasmi cistoidi del testicolo, non è impossibile che l'epididimo ne venga invaso. Tali, senza dubbio, sono i casi riportati da A. Cooper, Robin, Lebert, Cruveilhier, nei quali l'epididimo fu trovato infermo. Questi fatti medesimi pare dimostrino l'alterazione consecutiva dell'epididimo.

3.° Se la disposizione dei canali seminiferi sotto forma di strati periferici ha in gran parte contribuito a farci rispettare l'opinione di A. Cooper riguardo alla genesi della malattia cistica del testicolo, non ci permette nel tempo istesso di accettare l'opinione di Jouon, il quale colloca nell'albuginea il punto di partenza della neoplasia. Bisogna aggiungere, che l'integrità dell'albuginea fu direttamente constatata.

4.° Ora mi resta di pronunziarmi sopra ipotesi più accettevoli. La prima quella si è di Curling, che mette la sede dell'infermità nella *rete testis*. Più fortunato dei suoi predecessori, egli ha potuto per mezzo del microscopio sorprendere in un caso il processo cistico. Ora la dilatazione facevasi a spese della estremità cieca dei tubi glandulari, ora dessa colpiva un punto della parete o l'estremità di un'ansa, ora per contro l'ectasia sembrava uniforme, e si continuava per una certa estensione. I condotti dilatati e le cisti contenevano epitelio pavimentoso ed una materia granulosa bruna. Non si rinvennero spermatozoidi nè nelle cisti, nè nei tubi dilatati. L'esame del pezzo mostrava bene in questo fatto, che la *rete testis* era stato il punto di partenza della neoplasia. Alla superficie del tumore si vedevano i tubuli rimasti sani, che formavano una curva periferica al tutto indipendente. Non erano perciò i tubuli seminiferi e neppure l'epididimo, la cui integrità era pressochè completa, ma i corpi d'Hygmoro, che soli dovevano essere stati primitivamente affetti.

Così questo fatto anatomo-patologico è completo, e sembrami di tale natura da ingenerare la convinzione. *Egli è nel corpo di Hygmoro che sviluppasi la malattia cistica.* Precisare l'ufficio rispettivo dei canali e del tessuto connettivo, che essi traversano, sembrami cosa molto difficile. È incontestabile, come lo addimostra Conche (memoria citata), che il tessuto connettivo prende una larga parte nei processi neoplastici, e che esso è l'agente precipuo della formazione dello stroma fibroso, che costantemente accompagna la produzione cistica. La maggior parte nulla meno è da attribuirsi ai canali istessi, ed io metto in questa opinione un'importanza tanto maggiore, in quanto che la formazione delle cisti nel testicolo resta così sottoposta a questa legge patogenica, che ho avuto occasione di rammentarvi a proposito dei tumori della mammella, e cioè che nelle glandole le cisti si formano di preferenza alle spese dei canali escretori.

5.° Tuttavia sembrebbe provato in oggi, che la produzione cistica nel testicolo non ha per solo punto di partenza i corpi d'Hygmoro. In questi ultimi tempi la scienza si è arricchita di osservazioni, che mettono fuor di dubbio la formazione delle cisti nel sistema linfatico della glandula spermatica, e questo è almeno quanto ricavasi dalle ricerche di Ludwig e di Tomsa. Questo fatto del resto è confermato dai lavori di Tommasi Crudeli, i quali dimostrano l'esistenza di cavità linfatiche numerosissime entro i canalicoli seminiferi.

B — *Anatomia patologica dell'emato-sarcocele.* Il tumore asportato presentasi sotto l'aspetto di una massa ovoide molto densa e di un peso relativamente considerevole. La sua *forma* generale, benchè regolare, non lo è tanto quanto lo si sarebbe creduto dopo l'esame antecedente all'operazione. Lo spessore degli strati dello scroto, del dartos e della fibro-cellulosa, mascherava numerose irregolarità mammellonate, messe allo scoperto dalle dissezioni. Di questi punti rilevati alcuni sono molli, pastosi; gli altri hanno una compatezza fibroide; altri infine sono decisamente fluttuanti. Gli inviluppi superficiali del testicolo hanno conservata la loro indipendenza, ma sono notevolmente inspessiti. Meno deciso sullo scroto, questo aumento di spessezza diviene manifesto sul dartos, i cui elementi formano una membrana più apparente che d'ordinario, soprattutto rimarchevole per rilevatezze rossastre, abbastanza regolari nel senso della lunghezza. Al di sotto è difficile di isolare nettamente altri strati. La tunica eritroide ed il cremastere non sono riconoscibili che per fascetti muscolari scolorati, sparsi in modo saltuario sul tumore, e tanto radi, che vi è d'uopo della lente per seguirli ed isolarli.

Nel resto la confusione è completa.

Cellulo-fibrosa, vaginale, ed albuginea sono scomparse, e rimpiazzate da un guscio compatto, resistente, *d'aspetto fibroide*, formante una borsa molto irregolarmente ovoide, nel mezzo della quale trovasi una sostanza molle, granulata, che è facile di separare colla semplice espressione. Questo guscio è di un bianco madreperlaceo su punti diversi, sopra altri rossastro e vascolare. Alla sua superficie appartengono queste rilevatezze mammellonate, menzionate in precedenza, che contengono le une della sierosità rossastre, le altre, più numerose, masse di aspetto decisamente midollare, qua e colà diffluenti e senza coesione.

Se cercasi di dividere questo inviluppo sia colle

Digitized by Google

dita, sia per mezzo delle pinzette, lasciasi separare in laminette ed in foglietti quasi concentrici, compatti ed a riflesso opaco. Le più fine di queste laminette, poste fra i due vetri del microscopio, non lasciansi schiacciare. Esse scivolano a misura che avvicinasi colla pressione la piccola placca di vetro alla maggiore. Questi sforzi di lacerazione mettono allo scoperto dei nuovi focolai midollari, di cui alcuni sono disseminati di isolotti giallastri. I focolai hanno diametri variabili; gli uni non oltrepassano le dimensioni di un ordinario pisello, gli altri arrivano a quella di una amandorla di grosso volume. In ultimo nelle parti profonde del guscio questa sostanza polposa non è più depositata in forma di focolai, ma prende l'aspetto di strati irregolari, che isolano i foglietti gli uni dagli altri. Lo spessore di questo guscio è vario. Al davanti ed in alto misura esso 0.^{m} 008., in basso 0.^{m} 04, al di dietro 0.^{m} 045., in alto al livello dell'epididimo 0.^{m} 05. Ciò che determina il grande spessore in basso ed in avanti è la quantità maggiore di ammasso midollare. — Nessuna traccia di testicolo. — Nella sua parte superiore e posteriore, nel punto il più compatto, trovasi l'epididimo, però molto alterato. Costituisce esso una specie di mezza luna molto più voluminosa che allo stato normale, di cui è impossibile, almeno coll'occhio nudo, di scorgere la forma canalicolare. Questa porzione di epididimo è abbastanza separata dal resto del tumore da uno strato di tessuto connettivo meno denso di quello che costituisce la capsulà del neoplasma. Nella sua parte *posteriore* vedesi il canale deferente, che si può isolare in un'estensione di 3 o 4 centim. Tagliando questa porzione di epididimo vedesi un rilevante numero di piccoli isolotti molli, irregolari, di un grigio-giallastro, la cui debole densità fa contrasto colla resistenza lardacea del tessuto che li circonda. — La borsa limitata dalla capsula è di forma ovoide abbastanza regolare. Il suo diametro maggiore (verticale) misura 0.^{m} 09., e l'antero-posteriore 0.^{m} 075. La faccia interna ne è irregolare, tomentosa, ricoperta da grande quantità di bottoni molto vascolari. Questa borsa è riempita da un deposito fibrinoso, di color grigio-rossigno uniforme, seminato qua e là di isolotti giallognoli. Il microscopio dimostra l'origine ematica di questo magma: esso è costituito da una finissima reticella di fibrille, nelle cui areole sono deposti globuli sanguigni alterati sui punti coloriti in giallo; su quelli poi che presentano minor coesione, l'aspetto fibrillare è scomparso, e non vi si trovano più che granulazioni finissime e fortemente refrangenti, di natura grassosa, e globuli sanguigni raggrinzati, scoloriti, con un deposito granuloso al centro. Qua e colà ammassi amorfi di ematina, e qualche cristallo di ematoidina bene isolato. La capsula poi è costituita da un tessuto connettivo a fasci larghi e granulosi, ricchissimi di nuclei embrio- e plasticidi corpi fusiformi. Negli ammassi polposi prevale la trama vascolare, e questa serve di stroma ad elementi cellulari di forma molto irregolare e di considerevole dimensione, che giungono fino a 0.^{m} 02. La parete ne è poco appariscente, ed il contenuto assai granuloso presenta nella maggior parte degli elementi due o tre nuclei rotondi od ovoidi, a contorni molto netti, e con due nucleoli sferici e molto lucenti. Molti nuclei liberi, molto grasso tanto libero quanto soprattutto racchiuso negli elementi cellulari, riuniti in qualche punto da una sostanza amorfa finamente granulosa. Negli isolotti giallastri della porzione del tumore spettante all'epididimo trovansi cellule epiteliali in via di regresso adiposo, grasso libero, ed elementi alterati del sangue.

C — *Anatomia patologica del tessuto tubercoloso.* Nella parte anteriore del tumore rinviensi la tunica vaginale incisa durante l'operazione. Il liquido che conteneva era limpido, tinto leggermente in giallo, a riflesso brillante, e coll'acido nitrico dava un precipitato abbondante. — Il testicolo è meno voluminoso che nello stato normale, il suo tessuto è più molle, anemico. — Al taglio l'epididimo si presenta sotto forma di un tessuto grigiastro, duro, lardaceo, in mezzo del quale vedesi un ammasso giallognolo, caseoso, del volume di una piccola noce, ed al di dietro due piccole caverne comunicanti coi tramiti fistolosi.

Il microscopio non fa vedere spermatozoidi nel tessuto del testicolo. Quanto alla massa caseosa è dessa in gran parte costituita da grasso, cristalli di colesterina, di una materia granulosa finissima ed assai rifrangente, come pure di piccoli nuclei deformati, contenenti gli uni uno o due nulecoli, ma per lo più abbondanti granulazioni grassose. La zona periferica della massa tubercolare presenta una ricca rete plasmatica.

D — *Autopsia dell'infermo colpito dal cancro del testicolo.* Questi che già era assai dimagrato al momento del suo ingresso nella clinica, morì il 26 Settembre, senza aver mostrato negli ultimi tempi della sua vita che una rilevante difficoltà nell'emettere le urine.

Autopsia 36 ore dopo la morte. Edema delle membra inferiori.

Il volume del *testicolo* è molto più considerevole che all'epoca del suo ingresso all'Hôtel-Dieu. — Bernoccoli poco pronunziati. Col taglio questi bernoccoli si accasciano, lasciando scorrere un liquido brunastro molto ricco in elementi solidi. Uguali focolai ematici scopronsi in gran numero nella spessezza del tumore. Negli intervalli fra questi focolai evvi tessuto di aspetto decisamente encefaloide, diffluente su qualche punto, e che offre in altri una coesione minore. Il testicolo è separato dall'epididimo da uno strato di tessuto lardaceo dello spessore di un centimetro. L'*epididimo* è trasformato in una massa can-

Digitized by Google

cerosa voluminosa, alla quale tien dietro il *cordone* profondamente alterato e ridotto in una massa informe, la cui maggiore intumescenza raggiunge le dimensioni di un uovo di pollo.

L'incisione dell'*addome* dà esito a due o trecento grammi di un liquido brunastro. La cavità del peritoneo è interamente occupata da una enorme massa, di caratteri identici a quelli del tumore del testicolo; ai lati di questa massa trovansi adagiate le anse intestinali, che vi aderiscono molto tenacemente; tuttavia l'intestino non è invaso dal tessuto morboso. Nessuna traccia di epiploon e del mesenterio, alle cui spese questo tumore secondario in modo manifesto si è sviluppato. È solidamente fissato alla colonna vertebrale ed alla metà sinistra della parete posteriore dell'addome. Per asportarlo si è obbligati di mettere allo scoperto il quadrato dei lombi, mentre il psoas del lato sinistro è trasformato in tessuto canceroso.

Nella parte posteriore, ricoperto da un sottile strato di cancro, trovasi il *rene* sinistro, più piccolo del normale; il suo tessuto è scolorito, ed offre dei focolai cancerosi specialmente al livello della sostanza corticale, ed al di sopra della capsula connettiva. I calici e i bacinetti sono affatto obliterati da prolungamenti del neoplasma. L'uretere è distrutto, e non ne resta che un lembo di 3 o 4 centimetri, molto disteso da un cilindro canceroso che lo occupa.

La vena emulgente sinistra è perforata sulla faccia inferiore pur un'estensione di 3 centimetri. Racchiude essa un vero trombo neoplastico, il quale prolungasi fino nella *vena cava*, ove fa un rialzo del volume di una grossa noce. Al di sopra di questo bottone trovansene due altri come incrostati nelle pareti della vena. Essi hanno appena il volume di un pisello, e non comunicano colla massa principale, alla quale però aderisce la parete venosa.

Nuclei cancerosi moltiplicatissimi nel *fegato*, nella *milza* e nel *polmone*, e sovrattutto alla base di quest'ultimo questi nucleoli sono nel maggior numero. Nel polmone sinistro raggiungono la grandezza di un uovo di piccione: all'apice di ambedue i pulmoni trovansi tubercoli rammolliti.

Nella superficie della *colonna lombare*, sotto al periostio, il quale è molto inspessito ed infiltrato di materia cancerosa, questa è disposta in piccole placche, che facile è rimuovere col manico dello scalpello. La colonna vertebrale è sana. Il lavacro ripetuto, la macerazione per qualche giorno nell'acqua spesso rinnovata, non fanno vedere alcun focolaio neoplastico.

Nulla nei *centri nervosi*.

La composizione di questi differenti neoplasmi è la medesima, si prenda essa dal testicolo o da uno degli organi ammalati consecutivamente. Dappertutto il tessuto è costituito da grandi maglie vascolari e congiuntive, nel cui seno sono collocati elementi epiteliali in regresso ed una grande quantità di grasso.

Fräntzel. — *Comunicazione di un caso di pileflebite con osservazioni diagnostiche.* Dalla clinica del Prof. Traube. — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 1, 2, 1869.

W. Weber dell'età di 30 anni, fu raccolto nell'ospedale della Carità nel mezzogiorno del 9 Novembre 1863. Egli pretende di non esser mai stato malato nei suoi primi anni, però di aver sempre sofferto alquanto di stitichezza, e di aver avuti nelle ultime 4 settimane dolori di ventre, che andavano e venivano. Nel 1.° Novembre il malato cambiò di domicilio, e quindi provvide al trasporto dei suoi mobili con molta fatica materiale. Nel seguente mattino, trovandosi egli completamente bene, andò al suo lavoro; dovette però tralasciarlo circa le 10 del mattino, perchè preso da violenti dolori addominali e da diarrea. Dopo mezzogiorno il malato prese a sudare, e mentre a questo scopo giaceva in letto, circa le 5 pom. fu preso da violenti brividi di freddo della durata di 10 minuti, seguiti da vomito di masse di colore verdognolo, di sapore amaro, e da viva sensazione di calore. Nella sera egli si trovò di nuovo completamente bene, e nella mattina prossima si sentiva talmente in forze, che volle ritornare di nuovo al lavoro, quando fu preso nuovamente da un accesso di freddo, che durò breve tempo e non fu seguito da calore, però durante esso si presentarono per la prima volta forti dolori nella regione dello stomaco, che da questo tempo in poi seguitarono ad esistere immutati. Nel 3 e 4 del mese non sopravvenne alcun brivido di freddo, però nel 4 si ebbero tre volte vomiti di masse verdognole. Nel giorno 5 un medico chiamato a visitarlo osservò per la prima volta una colorazione giallognola della pelle e della congiuntiva. Nella sera a 10 ore apparve un nuovo accesso di freddo intenso, che si ripetette nel giorno 6 alle 5 pom., nel 7 alle 5 antim., ad un'ora ed alle 9 pom., nell'8 alle 11 antim. ed alle 4 pom., e sempre fu seguito da calore. Questi accessi di freddo, l'insomnia esistente nella notte, l'itterizia che si aumentava, collegata con inappetenza ed aumentata sensazione di sete, diedero finalmente motivo all'infermo di cercare aiuto nell'ospedale della Carità. Mentre era in via per venire all'ospedale fu preso un'altra volta, nel trasporto, da un accesso di freddo circa le 11 ½ antim.

Al malato all'atto del suo ricevimento furono applicate 8 sanguisughe alla regione epigastrica, un cataplasma tepido all'addome, ed internamente fu

Digitized by Google

ordinato l'uso di un'emulsione di mandorle dolci da prendersene ogni due ore un cucchiaio. — Dopo mezzogiorno

alle ore 4 Temp. 38, 1 — Puls. 84 — Resp. 24
» 5,55 » 39, 8
» 7 » 40, 6

Ambedue queste ultime temperature furono prese durante due brevi accessi di freddo.

Nel 10 Novembre il Prof. Traube presentò il malato nella Clinica, ed andò al protocollo il seguente stato presente:

Il malato è ben costrutto, poco muscoloso, alquanto magro, occupa la posizione sul dorso. Sensorio libero, espressione della faccia sofferente, sguardo tranquillo. Il malato lagnasi di dolori talvolta sopravvegnenti alla regione del fegato, e di inappetenza. Pelle secca, calda al tatto, evidentemente poco colorita in giallo nella sua totale estensione, nell'istesso modo come le congiuntive. Temp. 39,9, Puls. 104, Resp. 24.

La lingua, leggermente coperta di bianco, mostra tendenza alla secchezza; l'appetito manca, la sensazione di sete è molto aumentata. L'evacuazione delle feccie ritardata. Il ventre poco tumido. Alla percussione suono chiaro e timpanitico, nella regione iliaca destra più ottuso e più alto che a sinistra.

L'ottusità del fegato nella linea parasternale destra comincia al margine inferiore della 5.ª costola, e in questa linea sorpassa il margine del torace di circa pollici 3 ¼ = (centim. 8,45), nella linea mammillare pollici 2 ¾ = (centim. 7, 15), nella linea mediana dalla base del processo xifoide pollici 5 = (centim. 13), dalla linea alba procedendo verso sinistra pollici 3 ¼ = (centim. 8,45). L'altezza complessiva dell'ottusità del fegato nella linea mammillare ascende a pollici 6 ½ = (centimetri 16,90). Il margine acuto è chiaramente sensibile, al di sopra di esso, dappertutto forte sensibilità alla pressione.

L'ottusità della milza è considerevolmente ingrandita, 6 pollici lunga e 4 e ⅝ larga = (centimetri 15, 60 su 11, 36); la punta anteriore della milza, chiaramente palpabile, sorpassa il margine del torace per pollici 1 ¾ = (centim. 4, 55).

Orina rossa con schiuma gialla del peso specifico di 1013, non contiene albume, e con l'acido nitrico impuro dà una squisita reazione dei pigmenti biliari.

La punta del cuore si vede e si sente battere al 5.° spazio intercostale, internamente alla linea mammillare sinistra. L'ottusità cardiaca non è ingrandita. Nell'apice del cuore il tuono sistolico è accompagnato da un rumore, del resto dappertutto tuoni netti. Arteria radiale ampia, poco tesa, polso alto.

L'apparato respiratorio, ed il sistema nervoso, non mostrano alcun che di valutabile.

Ordinazione: Si continui il cataplasma; un cucchiaio di olio di ricino; emulsione al nitrato di soda (8,0 in 200,0) da prendersene ogni due ore un cucchiaio.

Alle 2 pom. accesso di freddo.

Sera: Temp. 40, 1. Puls. 104. Resp. 26.

Nell'11 Novembre mattina: Temp. 39. Puls. 108. Resp. 28.

Nella notte sonno interrotto dal dolore all'epigastrio. Nella mattina il malato non si lamenta. L'itterizia espressa evidentemente. L'addome discretamente tumido, moderatamente disteso, in niun luogo sensibile alla pressione; però talora sopravviene spontaneamente un senso di oppressione all'epigastrio. La percussione nell'addome dà un suono chiaro, profondo, e metallico. Il margine acuto del fegato si è ritratto dal basso in alto al maximum circa 1 pollice (centim. 2,6), in cambio di che l'ottusità del fegato si è però altrettanto inalzata verso il di sopra. Il limite superiore dell'ottusità della milza si estende parimenti più in alto, mentre il limite inferiore rimane il medesimo. Da ieri si sono avute parecchie evacuazioni di color bruno chiaro.

Sera: Temp. 39,9. Puls. 100. Resp. 26.

12 Nov. Mattina: Temp. 39,2. Puls. 108. Resp. 28. Da ieri sera sono sopravvenuti 3 accessi di freddo il primo ieri sera sulle 9 ore, il secondo verso la mezzanotte, il terzo alle 5 del mattino. Questa mattina il paziente non si lamenta di alcunchè. Sensorio libero. Pelle ricoperta da molto sudore. L'itterizia è diventata molto forte, cosicchè anche la pelle del tronco apparisce intensamente gialla. Orinà di color bruno scuro con schiuma gialla. Lingua perfettamente pulita. Nell'alzarsi il malato prova tendenza al vomito. L'addome è anche più tumido di ieri, le pareti del ventre fortemente distese; anche a forti pressioni non è in alcun luogo sensibile.

Sera: Temp. 37,4. Puls. 76. Resp. 24.

13 Nov. Mattina. Temp. 37,8. Puls. 92. Resp. 20. Nella notte ha dormito bene, sono sopravvenuti di nuovo gli accessi di freddo e i dolori di ventre però in minor grado. Itterizia tuttavia in aumento. La tumidezza dell'addome ha decisamente aumentato, mentre i limiti dell'ottusità del fegato e della milza sono rimasti immutati. Arteria radiale ampia, di tensione meno che media, polso alto. Feccie poltacee, giallo-grigie.

Alle ore 11 forti brividi di freddo, per cui il paziente batte fortemente i denti, seguito da molto calore e sudore.

Ore 11 e minuti 10 Temp. 40,5
» » 20 » 41,2
» » 30 » 41,6
» » 35 » 41,5

Sera: Temp. 38,0. Puls. 84. Resp. 26.

14 Nov. Mattina. Temp. 38,8. Puls. 92. Resp. 28. L'infermo ha dormito male a motivo dei violenti dolori addominali. Anche nel mattino persistono

Digitized by Google

questi dolori nell'epigastrio, il quale è molto sensibile alla pressione. Itterizia inalterata. Posizione sul dorso: le posizioni su ambedue i lati sono impossibili pel malato, poichè mediante ciò i dolori addominali crescono sino ad un insopportabile altezza. Sensorio libero. La lingua nell'apice e negli orli, abnormemente arrossata, nella parte mediana ricoperta di bianco-grigio. Addome molto tumido. I limiti del fegato e della milza non sono cambiati. Nel corso del giorno due accessi di freddo.

Sera: Temp. 40. Puls. 108. Resp. 32.
15 Nov. Matt. Temp. 39, 1. Puls. 100. Resp. 20.
Sera: » 41, 6. » 112. » 30.

Dopo il mezzogiorno e nella sera nessun accesso di freddo.

16 Nov. Matt. Temp. 38, 4. Puls. 96. Resp. 36.
Sera. » 40, 1. » 104. » 34.

Sonno inquieto in seguito dell'aumentato dolore di ventre. Il malato si lagna vivamente di questo dolore, così come del difetto di aria. La giacitura sui lati impossibile. Itterizia ancora intensa. L'orina bruno-oscura, mostra squisita reazione dei pigmenti biliari.

L'ottusità del fegato comincia nella linea parasternale destra dal margine inferiore della 4.ª costa, sorpassa il margine del torace nella linea mammilare circa 2″ = (centim. 5, 20), nella linea parasternale 2 ¾″ (centim. 7, 15), nella linea mediana sorpassa la base del processo xifoide 4 ¼″ (cent. 11,05) dalla linea alba verso sinistra 2 ¾″ (centim. 7, 15). L'altezza complessiva dell'ottusità del fegato nella linea mammilare ascende a 6 ¾″ (centim. 17, 55). Dentro l'area del fegato, specialmente però nella regione della linea alba, esiste forte sensibilità alla pressione.

L'ottusità della milza comincia nella linea ascellare sinistra dal margine inferiore della 7.ª costa, va verso il basso sino all'11.ª, e verso il dinanzi sino al margine costale. La punta anteriore della milza non è palpabile. La più grande ampiezza della milza è di 4 ⅝″ (centim. 11, 96).

La lingua di aspetto normale, l'appetito manca, la sensazione di sete è molto aumentata. Addome molto tumido. Feccie giallo-brune, omogenee, poltacee.

Sera: Un accesso di freddo.
17 Nov. Matt. Temp. 38, 8. Puls. 104. Resp. 32.
Sera. » 40, 7. » 112. » 30.

Nella notte ha dormito discretamente bene, la mattina nessun dolore spontaneo nella quieta posizione sul dorso: all'incontro molto significante sensibilità alla pressione tra l'ombelico ed il processo xifoide, e più vicino a quest'ultimo. L'addome tumido anche più di ieri. L'arteria radiale di media ampiezza, di minor tensione, polsi molto alti.

La punta del cuore si vede e si sente battere nel 4.° spazio intercostale nella linea mammillare sinistra. Nell'apice del cuore rumore sistolico e tuono diastolico, negli altri punti tuoni normali.

L'ottusità del cuore incomincia sotto le clavicole, e qui è estesa 2 ¾″ (centim. 7, 15), nell'altezza della 4.ª costa 5 ½″ (centim. 14,30); verso sinistra essa non va al di là della linea mammilare, e sorpassa il margine normale destro al più di ¾″ = (centim. 1, 95) L'itterizia perdura ancora grave, soltanto l'orina è diventata più pallida.

La mattina, il mezzogiorno e la sera nessun brivido di freddo.

18 Nov. Matt. Temp. 39, 7. Puls. 116. Resp. 32.
Sera » 39, 8. » 112. » 36.
19 Nov. Matt. » 38, 4. » 112. » 32.
Sera » 39. 4. » 110. » 30.
20 Nov. Matt. » 38, 3. » 104. » 28.
Sera » 39, 1. » 104. » 30.

Nella mattina a 9 ore accesso di freddo. A confronto di ieri notevole collapsus e pallore della fronte. Alquanto stupore, però sonno molto inquieto. Itterizia della pelle e delle congiuntive diminuita; egualmente l'orina, molto più chiara, è di color bruno-chiaro. Addome fortemente tumido, dappertutto sensibile alla pressione. La percussione alla sommità del ventre dà un suono chiaro e profondo, poco timpanitico, nelle parti declivi dappertutto intensamente ottuso. Il margine acuto del fegato a paragone del primo reperto si è ritratto ⅝″ (centim. 1, 95), il limite superiore è all'altezza della 4.ª costa: la più grande altezza dell'ottusità del fegato è nella linea mammillare di 5 ¾″ (centim. 14, 98). La punta anteriore della milza si può palpare di nuovo. L'arteria radiale piccola, meno tesa, polsi discretamente alti. Le feccie contengono mescolate del sangue dimostrabile microscopicamente.

21 Nov. Matt. Temp. 38, 2. Puls. 100. Resp. 24.
Sera. » 40, 0. » 112. » 32.

Ordinazioni: P. Acido solforico allung. 2, 0
Solf. di chinino 0, 35
Acqua distillata 180, 0
Tintura aromatica 4, 0
Scirop. di cort. d'arancio 15, 0

Da prendersene ogni due ore un cucchiaio.

22 Nov. Matt. Temp. 40, 5. Puls. 128. Resp. 48.
Sera » 37, 4. » 104. » 32.

Nella mattina un nuovo accesso di freddo. Feccie poltacee colorite in giallo.

23 Nov. Matt. Temp. 38, 5. Puls. 106. Resp. 36.
Sera » 38, 2. » 112. » 16.

Nel mattino è sopravvenuto di nuovo un accesso di freddo. L'ittero delle congiuntive, della pelle e delle arterie è notevolmente diminuito. Collapsus massimo. Il malato si lagna di dolori di ventre estremamente violenti, e perciò grida ad alta voce. L'addome è moltissimo tumido, dappertutto molto sensibile alla pressione, il suono della percussione nelle parti declivi e ovunque intensamente ottuso.

Digitized by Google

Ordinazioni: Iniezioni sotto-cutanee di morfina.

24 Nov.	Matt.	Temp. 38, 5.	Puls.	116.	Resp.	34.
	Sera	» 38, 6.	»	120.	»	20.
25 Nov.	Matt.	» 38, 0.	»	120.	»	32.
	Sera	» 37, 8.	»	136.	»	28.

Con il continuo aumento dei fenomeni peritoneali e diminuzione dell'itterizia, seguì la morte nel 26 Novembre alle ore 6 del mattino, senza che negli ultimi due giorni fossero sopravvenuti nuovi accessi di freddo.

Nella presentazione del malato nel 10 Novembre il Prof. Traube dopo fattone l'esame stabilì la diagnosi di ascesso acuto del fegato in seguito a pileflebite, ed in mancanza dei dati anamnestici, per quello spazio di tempo che era trascorso dal primo accesso di freddo, lasciò indeciso qual fosse il punto di origine della pileflebile. La sua argomentazione fu la seguente:

A primo aspetto poteva uno esser tentato a ritenere il caso presentatosi per un indifferente esemplare di itterizia catarrale. All'accettazione di una tale idea potrebbe certamente condurre:

a) l'essersi constatato anche nell'itterizia catarrale ordinariamente un tumore di fegato, e niente affatto raramente anche un considerevole ingrossamento della milza;

b) il poter esser accompagnato da febbre anche l'itterizia catarrale.

Accettando quest'idea, sarebbe strano il contrasto in cui sta il tumore del fegato e della milza coll'intensità dell'itterizia. I forti ingrandimenti del fegato e della milza nell'itterizia catarrale presupporrebbero una considerevole stasi dei secreti del fegato nei condotti biliari, e ciò non sarebbe conciliabile con un'itterizia così debolmente improntata, come nel caso nostro; ed inoltre il Traube non si rammenta di aver osservato in alcun caso di itterizia catarrale, anche con intensissima colorazione della pelle, delle congiuntive, o dell'orina, un tumore di milza così enorme. Anche molto più di rado in un caso di itterizia catarrale si osservano simili accessi di freddo come nel presente caso. Noi quindi abbiamo evidentemente a trattare con una malattia molto più grave.

I ripetuti e violenti accessi di freddo, con forti innalzamenti di temperatura, si sono verificati in due sole malattie del fegato, secondo le osservazioni di Traube:

a) nella blennorrea dei condotti biliari, la quale ordinariamente ha il suo fondamento nella presenza di numerose e piccole concrezioni in questi condotti;

b) nell'ascesso del fegato.

Contro la blennorrea dei condotti biliari parla però non solo la breve durata della malattia, e la mancanza di tutti gli indizi, che possono riferirsi a concrezioni nei canali biliari, ma anche, ed anzitutto, il colossale ingrandimento della milza, di cui inoltre noi sappiamo decisamente, che esso non ha il suo fondamento in una preceduta ostinata intermittente, ma che per conseguenza è un tumore di milza recente. Se esistesse qui un tale riempimento dei condotti biliari con liquido purulento, in modo che questo agisse comprimendo sui numerosi rami epatici della vena porta, allora l'itterizia dovrebbe farsi alternativamente più forte, di quello che noi la troviamo nel caso postoci innanzi.

Queste considerazioni ci obbligano quindi ad argomentare la formazione di pus nel parenchima epatico.

Se si osserva il dovizioso campo delle osservazioni che riguardano una tale malattia, si giunge alla conclusione, che gli ascessi del fegato possono originarsi in sei modi. In prima linea stanno:

a) Gli ascessi del fegato per cause traumatiche. Prescindendo dall'ingresso di un corpo straniero, come in un caso osservato e partecipato dal Prof. Traube 9 anni fa, le percosse e gli urti, che agiscono immediatamente sulla regione del fegato, possono produrre parimenti infiammazioni circoscritte, ed ascessi del parenchima epatico, come per eguali cause accade in altri organi. A questa categoria, come è stato notato per la prima volta da Virchow, appartiene una parte di quei casi, dove l'ascesso del fegato coincide con lesione del cranio. La forza meccanica, da cui è stato colpito il cranio, come nelle cadute da una grande altezza, mediante la violenta scossa che essa comunica al resto del corpo, può contemporaneamente occasionare parziali laceramenti del parenchima epatico, e quindi un epatite suppurativa.

b) Una seconda categoria degli ascessi del fegato è quella, in cui si originano in seguito della morte e decomposizione di cisti di echinococco.

c) In una terza serie di casi sono gli emboli infettanti, che giungendo nel distretto dell'arteria epatica, producono infiammazioni ed ascessi nei punti in cui vanno a far capo. A questa categoria appartengono gli ascessi del fegato, che sopravvengono in seguito della così detta pioemia, ovvero dell'endocardite ulcerosa del ventricolo sinistro.

d) Una quarta specie di ascessi del fegato viene prodotta dagli emboli infettanti, che giungono nelle diramazioni epatiche della vena porta, nella così detta pileflebite. Come nella pioemia gli emboli inficienti derivano dai piccoli rami del sistema venoso del corpo, così quelli di cui parliamo vengono dalle radici del sistema della vena porta, quindi la pileflebite presuppone quasi sempre o un ascesso, o un focolaio d'infezione, o un'ulcera, in cui siano interessate le radici del sistema della vena porta, mentre essa pileflebite avviene sempre nelle vene prossime all'ascesso, o focolaio putrido, od ulcera, per la trombosi cagionata dall'interruzione della corrente sanguigna, ed i

Digitized by Google

trombi, che sorgono coll' infiammazione, racchiudono materie di detrito irritanti.

Si comprende egli quindi da sè, che i trombi che crescono dentro i più grandi rami della vena porta, come sotto eguali condizioni nella così detta pioemia, là dove essi vengono a contatto con le pareti della vena producono anche un' infiammazione di essa. La causa più frequente della pileflebite, secondo l' esperienza, è costituita dalla peritonite circoscritta, che presentasi come effetto di una perforazione del tratto intestinale, p. es. di un perforamento dell' appendice vermiforme. Il pericolo della sopravvegnenza della pileflebite in tali casi è tanto più grande, quanto più l' essudato, in seguito alla sua mescolanza col contenuto intestinale, diventa capace a infettare i trombi formatisi nelle vene vicine. Una speciale menzione merita il fatto, che anche i corpi duri e pungenti inghiottiti, quando perforino la parete di una vena appartenente al sistema della vena porta, o la vena porta stessa, possono avere per conseguenza immediata una pileflebite.

e) Una quinta specie di ascessi del fegato trae origine dai condotti biliari, cioè presentansi in seguito di una blennorrea dei medesimi, che è pur sempre prodotta dalla presenza di numerose e piccole concrezioni biliari, che si trovano nelle secrezioni del fegato.

f) Per il nostro clima non ha importanza diagnostica l' ascesso del fegato, che sviluppasi nelle regioni tropicali sotto condizioni speciali, e fin qui ancora oscure.

Se noi, dopo questa necessaria digressione, domandiamo come si foggino i rapporti febbrili in queste diverse maniere di formazioni di ascessi del fegato, allora un teorema dedotto dall' esperienza ci conduce subito un po' più innanzi nelle nostre riflessioni diagnostiche. Questo teorema è del tenore seguente: « Ad eccezione degli ascessi del fegato, che si originano in seguito di pioemia, endocardite, e pileflebite, tutti gli altri tosto che danno origine a una febbre intermittente o remittente, e che procedono accompagnati da accessi di freddo, mostrano sempre un tipo febbrile assolutamente regolare, cioè accessi di febbre, ovvero esacerbazioni febbrili accompagnate da freddo, a qualunque tipo si attengono. Sia di quotidiana semplice o doppia, sia di terzana, sopravvengono nell' istesso modo, o all' incirca nello stesso rapporto di tempo, come nell' infezione da malaria; mentre all' incontro gli accessi e le esacerbazioni febbrili, prodotti da pioemia, endocardite e pileflebite, ed accompagnati da freddo, seguono sempre un ritmo ad andamento irregolare, e sopravvengono dopo più breve spazio di tempo, cioè sin 3-4 volte nel corso di 24 ore. »

La verità di questo teorema risulta anche da ciò che l'esperienza ci fornisce riguardo agli ascessi del polmone. Anche qui gli accessi e le esacerbazioni febbrili, accompagnati da accessi di freddo, e che ritornano del tutto irregolari, sono stati osservati solo nei casi, dove la formazione degli ascessi dipende da una pioemia.

In grazia di tali esperienze, noi nel nostro caso abbiamo solo da sciegliere fra gli ascessi del fegato da pioemia, e quelli da endocardite ulcerosa e da pileflebite: e poichè qui nè può trattarsi di un ascesso o focolaio d' infezione nelle parti superficiali del corpo accessibili all' esame, nè di un' endocardite, così ci rimane solo la pileflebite.

Per ultimo l' evidenza della nostra diagnosi sarebbe non poco aiutata, quando ci riuscisse di dimostrare anche uno dei punti d' origine della pileflebite, quali sono stati dettati dall' esperienza. Però l' anamnesi non ci dà su ciò disgraziatamente alcuna spiegazione. Noi sappiamo solo ciò di sicuro, che il malato non ha inghiottito alcun corpo straniero, e che non ha esistito alcun processo di ulcerazione cronica del tratto intestinale.

Autopsia nel mattino del 27 Novembre (Dottor Wegener).

Cadavere molto magro, e moderatamente itterico. Musculatura poco evidente. Addome molto tumido. Nell' apertura del medesimo ne esce una moderata quantità di liquido alquanto denso, colorito in giallo, e torbido. Il diaframma sta discretamente sollevato.

Nel pericardio circa 3 oncie di un liquido chiaro, color citrino.

Nella cavità del cuore sinistro, sangue in discreta quantità, scuro e scorrevole; nel ventricolo destro un denso coagulo fibrinoso. Musculatura del cuore discretamente soda, di color rossobruno. Valvole normali.

Nella cavità pleuritica sinistra alquanto liquido sieroso. Il polmone sinistro non ipertrofico, e contenente aria sino a qualche punto atelectasico del lobo inferiore. Il polmone destro inferiormente ipertrofico, del resto normale.

Nella cavità del peritoneo essudato purulento discretamente abbondante: le anse intestinali, tumide e meteoristiche, sono saldate l'una coll'altra da masse di essudato. Sulla milza e sul fegato, e in specie sul lobo destro di quest' ultimo, un denso strato di fibrina di colore giallo-grigio. Nella regione iliaca destra un focolaio d' infezione più grosso di un pugno, limitato posteriormente dall' iliaco interno e dallo psoas, ed anteriormente dalle anse intestinali concresciute. La superficie interna di esso focolaio è di color verdognoloscuro, villosa, e si estende con un appendice a guisa di canale sino alla colonna vertebrale. Il processo vermiforme molteplicemente ritorto, e contenente nell' interno un liquido muco-purulento, era stato lacerato vicino alla sua radice nell' apertura del focolaio, nel resto però sembra trovarsi completamente normale: all' incontro vicino alla sua inserzione, nella parete inferiore

Digitized by Google

del cieco, trovansi due perforazioni, di cui l'una è grande come un nocciolo di ciliegia, rotonda, a margini discretamente acuti, e l'altra della grandezza circa di un seme di canape. La mucosa del cieco e del colon, prescindendo da queste due aperture, oltre una forte imbibizione di siero non mostra alcunchè di particolare: anche le altre parti del canale intestinale sono normali.

Il tronco della vena porta non apparisce, come ordinariamente, schiacciato, ma invece come uno stretto cilindro bianco-grigio tendente al turchiniccio. Tagliandolo ne esce, come anche dalla vena lienale, un sangue in parte fluido e in parte appena scorrevole. Le pareti di ambedue queste vene sono perfettamente intatte. Introducendo le forbici nella vena mesenterica, si effonde da essa una quantità di liquido purulento. Completata l'apertura di questa vena, vicino al tronco della vena porta mostrasi un trombo lungo due pollici, membranaceo, quasi di color giallo-ocra, e aderente alla parete. Al trombo segue un lungo tratto che è ripieno di liquido purulento. La parete della stessa vena lungo questo tratto mostrasi molto ispessita, la sua superficie interna è ineguale, e macchiata di color verdognolo. Anche un gran numero di piccole vene, che partono dall'ileo, sono completamente ripiene di pus.

Nel proseguimento del tronco della vena porta verso l'alto dalla parte del fegato, nel punto di divisione incontrasi un coagulo fissamente aderente alla parete, di color giallognolo-sporco, che si continua in ambedue i rami, nel sinistro per *un pollice e mezzo*, e nel destro per un pollice. Il trombo nel ramo sinistro non aderisce alla parete, che del resto è intatta. Nell'ulteriore decorso di esso ramo sinistro, nelle sue diramazioni, trovasi ripieno di liquido purulento; le pareti della vena sono in gran parte alterate; e il tessuto del fegato circostante, in stato di dissoluzione purulenta. Nel tronco principale del lobo destro il trombo aderisce alla parete della vena; nelle due ulteriori diramazioni presenta i medesimi rapporti come a sinistra.

Il fegato in genere mostra un moderato ingrossamento. In un taglio trasversale veggonsi numerosi focolai purulenti, foggiati per lo più a foglia di quercia, e che considerati più da vicino corrispondono in genere alle diramazioni della vena porta. Nell'interno di questi focolai trovasi per lo più un pus liquido, che sorge sopra la superficie del taglio. Il parenchima, che trovasi fra gli ascessi, ha un colore giallo-bruno-sporco. Gli acini chiaramente visibili, non ingrossati, (le cellule epatiche di questa parte sono perfettamente normali, come lo ha mostrato l'esame microscopico intrapreso più tardi del Prof. Traube). Presa insieme la massa del parenchima intatto, sorpassa di molto quella passata a suppurazione. Nelle vene epatiche niente di speciale.

Nella vescica biliare, floscia ed impicciolita, trovasi una discreta quantità di bile liquida, di colore arancio-chiaro-sporco, e che per una leggiera pressione, fatta innanzi l'apertura della cistifellea, vuotavasi nel duodeno.

La milza aumentata circa tre volte di volume, il suo parenchima di color rosso ciliegia; follicoli poco visibili.

Negli altri organi nulla d'apprezzabile.

Nel 1.° Dicembre il Prof. Traube fatto il riepilogo del caso nella clinica, ne dedusse le seguenti conclusioni:

I. — La diagnosi di pileflebite, e consecutiva formazione di ascessi nel fegato, non è evidentemente così difficile, come ne ha l'apparenza stando ai libri destinati all'istruzione. Essa si fonda su 5 punti principali.

1.° Il malato (con itterizia concomitante, o no) mostra un tumore di fegato recente, e che procede proporzionale in tutte le sue dimensioni.

2.° Vi esiste un tumore di milza parimenti recente e straordinariamente grande.

3.° Il malato ha spesso accessi di freddo, che ritornano dopo ineguali intervalli, con rapidi e considerevali inalzamenti di temperatura. Negli intervalli stessi la temperatura è o inalzata, o normale.

4.° La pioemia (nel senso ordinario della parola) può essere esclusa, egualmente come l'endocardite del ventricolo sinistro. In cambio trovasi:

5.° Un focolaio purulento, o d'infezione, o un ulcere in cui possano esser interessate le radici del sistema della vena porta, ovvero il malato ha inghiottito un corpo duro e pungente.

Come noi abbiamo osservato, in caso di necessità potrebbe arrischiarsi fiduciosamente la diagnosi, anche quando il primo punto non emergesse abbastanza, e deve solo dimostrarsi, che al primo accesso di freddo ha preceduto un fatto morboso nel recinto degli organi addominali.

II. — Rapporto al valore diagnostico, il tumore di milza sta in linea eguale con gli accessi e le esacerbazioni febbrili irregolari, e che incominciano col freddo.

Il suo sopravvenire, come apparisce a priori, è collegato ad una delle due condizioni, o esso si origina, come nel nostro caso, mediante l'otturamento dei numerosi e fini rami epatici della vena porta, ovvero si origina da ciò, che la trombosi, incominciata in una delle radici della vena porta, si estende così in alto, da otturare interamente o in parte l'imboccatura della vena lienale.

In seguito di pioemia, nel senso ordinario della parola, o di endocardite ulcerosa, non potrà svilupparsi un considerevole tumore di milza, poichè s'intende da sè, che il numero degli emboli immigranti nell'arteria epatica non può essere tanto grande, da porre un considerevole ostacolo

Digitized by Google

all'afflusso del sangue della vena porta verso la cava inferiore.

III. — Nel nostro caso meritano una menzione affatto speciale, il modo di contenersi dell'itterizia, e la peritonite diffusa, mediante cui è sopravvenuto l'esito letale.

L'itterizia, come ci dice la storia del malato, si accrebbe incessantemente sino al 17 Novembre, e da indi in poi cominciò di nuovo a diminuire in modo, che negli ultimi giorni di vita appena appariva così scolpita, come lo era nel giorno in cui il malato fu ricevuto nell'ospedale. Tale cambiamento si osservò più notevole nell'urina, la quale infine mostrava solo il color rosso proprio di un'ordinaria urina febbrile. Concordava con ciò lo stato della cistifellea, che dopo morte era piccola e floscia, e che con la pressione mandava nel duodeno solo una scarsa quantità di liquido di colore arancio pallido.

La spiegazione di questi fenomeni non presenta alcuna difficoltà. Il malato sotto l'influenza del morbo giunse gradatamente ad uno stato d'inanizione di alto grado, in cui non si produceva più che poca o nessuna quantità di bile. E poichè da un lato continuava incessantemente il riassorbimento, e la separazione per mezzo dell'orina, dei principi biliari sparsi per i tessuti, e dall'altro producevasi solo poca o niente bile, ne discendeva in fine, che anche la quantità dei principi biliari scarsi per i tessuti doveva a grado a grado diminuirsi sempre di più.

Se questa considerazione è giusta, noi allora acquistiamo mediante essa un nuovo criterio per giudicare sull'attività del fegato in parecchie malattie di quest'organo. Se l'itterizia diminuisce, senza siavi ragione per ammettere, che tale diminuzione abbia la sua base in un miglioramento delle condizioni locali, ne discende allora che le cellule epatiche hanno incominciato a perdere la loro attività.

Al certo questo teorema, almeno a priori, sembra essere in contraddizione con ciò che si ha occasione di osservare così spesso nell'atrofia acuta del fegato, dove malgrado la completa distruzione delle cellule epatiche, dimostrabile dopo la morte, l'itterizia continua ancora ad esistere senza diminuzione sino all'esito letale. Tuttavia questa contraddizione è solo apparente. In tali casi la morte tien dietro così rapidamente alla distruzione delle cellule epatiche, che non vi è tempo per il riassorbimento della considerevole quantità di principi biliari sparsi nei tessuti.

La peritonite, la cui esistenza potè esser diagnosticata con sicurezza durante la vita, erasi originata 13 giorni innanzi la morte. Fu essa che veramente rese il caso disperato, non tanto per il dolore che produceva, che del resto era sopportabile, e quasi inavvertito pel malato, quanto per la difficoltà di respirare, che essa aveva prodotta in causa del meteorismo concomitante. Le iniezioni di morfina, che furono fatte giornalmente per più volte e a grandi dosi, attutirono soltanto il dolore, senza però diminuire l'affanno di respiro. La peritonite ebbe senza dubbio il suo principio nell'involucro sieroso del fegato, e di là si estese a tutto il peritoneo. Per questo fatto parlano singolarmente due circostanze:

a) Il primo sopravvenire del dolore nella regione del fegato.

b) La quantità di fibrina accumulata sulla faccia convessa del lobo destro del fegato.

IV. — Finalmente il Traube fece notare l'impicciolimento del fegato, che si era avverato dal 20 Novembre in poi. Questo fenomeno egualmente come la diminuzione dell'itterizia, aveva il suo fondamento nell'inanizione progressiva. Le cellule epatiche, nelle parti del fegato non suppurate, erano così ben mantenute, da non potersi decisamente sospettare di processo analogo all'atrofia acuta del fegato.

Salter. — *Osservazioni sul diagnostico della dispnea in generale.* — (British med. Journ.) Lyon médical, 2 et 17 Janvier 1869.

L'autore inglese si propone di studiare il diagnostico della dispnea nel suo insieme, in tutte le sue condizioni, non solamente nei suoi rapporti col ritmo respiratorio, ma ben anche circondata da tutte le condizioni che possono influenzarla.

Ben poche malattie lasciano completamente intatta la funzione del respiro. Eccetto le affezioni delle vie respiratorie e del circolo, le quali in modo primitivo e per necessità determinano la dispnea, esistono ancora due gruppi di alterazioni numerose, che modificano quasi costantemente la respirazione: sono queste le malattie del sangue, le discrasie e la gran classe delle malattie nervose.

Rimarchiamo quanto la respirazione sia influenzata nelle affezioni addominali, per esempio nella peritonite e nei tumori del ventre.

Per non prendere che un solo esempio, il dolore sotto ogni sua forma, certo è che esso non può esistere ad un certo grado senza alterare la respirazione. Lo stesso è a dirsi di un gran numero di infermità chirurgiche. La parola dispnea, presa nel suo più lato senso, significando turbamento del respiro con o senza dolore, è un sintoma della più grande importanza, le cui forme e varietà sono variabilissime, e divengono elementi importanti di diagnosi.

Salter richiama dapprima l'attenzione sulla malattia, che presenta questo sintoma al più alto grado, ossia l'asma, ove la dispnea costituisce quasi per intero la malattia.

Digitized by Google

Bisogna ben persuadersi che il diagnostico dell'asma non è così facile come si crede; spesso si confonde tanto con una malattia del cuore, che con una di polmone, e reciprocamente prendonsi per casi d'asma vero essenziale infermità, nelle quali l'elemento nervoso è affatto estraneo.

Una causa frequente di errore consiste nel complicarsi all'asma essenziale vero una malattia di cuore e dei polmoni.

La dispnea che più si accosta all'asma essenziale si è quella che accompagna le malattie del cuore; l'autore dà un quadro, che rappresenta il diagnostico differenziale delle due forme di dispnea:

Nelle malattie del cuore.	Nell' asma
1.° Gli accessi di dispnea hanno una durata di qualche minuto.	1.° Gli accessi durano parecchie ore e qualche volta anche più giorni.
2.° La respirazione è anelosa, convulsiva, e rassomiglia piuttosto ad una mancanza di respiro che ad un ostacolo alla funzione.	2.° La respirazione è come impedita da un ostacolo, contratta.
3.° La respirazione è precipitata, il movimento respiratorio profondo ed il ritmo normale.	3.° La respirazione spesso è lenta, il movimento superficiale, e l'espirazione prolungata.
4.° Avvi sensazione di morte imminente.	4.° Malgrado la difficoltà della respirazione l'infermo ha la coscienza di nessun pericolo.
5.° Spesso i rantoli bronchiali mancano.	5.° L'espirazione accompagnasi sempre con rantoli sibilanti, musicali, prolungati.
6.° Il menomo movimento riproduce il parosismo.	6.° L'influenza del solo movimento non è capace di produrre un parosismo di dispnea.
7.° L'accesso non è seguito da espettorazione.	7.° Ciascun accesso si risolve generalmente con una abbondante espettorazione.
8.° Ogni emozione tende a produrre un accesso.	8.° Ogni emozione può guarire o sopprimere completamente ed immediamente l'accesso.
9.° Giammai evvi reale periodicità.	9.° Periodicità spesso ben marcata.

Evvi ancora un altro carattere distintivo fra le due malattie. La dispnea è più forte dopo il pasto, ma nell'asma sembra essa dipendere in principal modo dalla qualità del nutrimento, mentre la quantità è cagione della dispnea cardiaca. — Certe sostanze alimentari determinano quasi con certezza accessi d'asma; la dispnea cardiaca invece non è mai influenzata da verun alimento.

L'accesso di dispnea cardiaca segue immediatamente il pasto, l'accesso d'asma non viene, nella generalità, che due ore dopo l'ingestione degli alimenti. In quanto alla frequenza degli accessi, è inutile rammentare, che nelle affezioni del cuore gli accessi si susseguono, sono frequentissimi, nel mentre che l'accesso d'asma osservasi il più spesso una volta per settimana, o per mese, di rado qualche giorno di seguito. Un accesso passato offre sicurtà per un certo tempo.

L'autore mette in secondo rango l'importanza dei segni fisici, che possono ingannare il medico, e suppone che, in un caso di asma vero, l'ascoltazione può far constatare i segni fisici di una malattia di cuore.

La singolare affezione, chiamata angina di petto, dimostra soventi, che la dispnea è di origine cardiaca, malgrado l'assenza completa dei segni fisici ricavati dall'ascoltazione.

L'intensità della dispnea, non compromettendo giammai la vita (nell'asma), fa spiccare tutta la differenza che esiste fra questa malattia e la dispnea cardiaca o la bronchite. Gli asmatici possono vivere invero lungo tempo senza offrire gravi sconcerti della loro salute, quasi che le leggi patologiche fossero violate in loro favore, od avessero a loro disposizione un antidoto, un elixir per far cessare i dissesti momentanei apportati dalle loro crisi.

Un accesso di dispnea, di origine cardiaca, comparabile per la sua intensità ad un accesso d'asma, stabilisce già un pronostico fatale, nello spazio di qualche giorno o al più di qualche settimana. L'autore maravigliasi di non vedere giammai l'idropisia accompagnare l'asma, prima della complicanza della dilatazione delle cavità destre del cuore, sebbene siavi i segni certi di ostacolo alla circolazione pulmonare, con congestione della faccia, cianosi, polso debole, ed anche con emoptoe.

Perchè un accesso d'asma (dimanda a se stesso) d'una durata di molti mesi, con remissioni incomplete, non produrrebbe l'idropisia per inceppamento al circolo, come una malattia primitiva del cuore?

Esaminando il petto per istudiare la respirazione, sia in un accesso d'asma, che in un'affezione cardiaca, si riconosce mercè dell'ascoltazione, che la libera entrata dell'aria nel petto non è già la sola condizione necessaria per una respirazione normale, ma che vi è egualmente indispensabile l'arrivo di una nuova quantità di sangue per esservi ossigenato. Senza questa ultima condizione la dispnea non potrà diminuire malgrado la libera presenza dell'aria; infatti non può essese diversamente, avvegnachè lo scopo finale della respirazione è l'ossidazione e la decarbonizzazione del sangue a spese dell'aria. Se questo risultato è imperfetto, la funzione è incompleta.

La dispnea della bronchite è spesso confusa con quella dell'asma, per la ragione che l'asma vero complica spesso la bronchite. I caratteri differenziali della dispnea della bronchite e dell'asma vera sono rappresentati così:

Digitized by Google

Nella bronchite.	Nell' asma.
1.° I rantoli classici sono umidi.	1.° I rantoli sono secchi, russanti.
2.° Avvi sempre tosse.	2.° Spesso non tosse.
3.° L' inverno è il più cattivo tempo dell' anno, spesso il solo cattivo.	3.° I calori dell' estate e dell' autunno sono i più cattivi tempi dell' anno.
4.° La causa è catarrale.	4.° La causa è varia: emozioni, disordini dietetici.
5.° Gli sputi mucosi, o muco-purulenti.	5.° Gli sputi nulli, o mucosi.
6.° Dispnea costante e marcatissima.	6.° Gli accessi i più marcati possono presentarsi e sparire rapidamente.
7.° Può aver termine coll' anassarca.	7.° Giammai idropisia a meno di complicanze.

L' autore mette soprattutto importanza ai dati forniti dalla stagione, nella quale avviene la tosse, ai caratteri che presenta, ed all' esame fisico degli sputi.

La dispnea può dipendere ancora dall' enfisema e distinguersi egualmente dall' asma pei seguenti caratteri:

Nell' enfisema la respirazione non è giammai ben libera; i rantoli sono rumorosi e costanti; le depressioni intercostali sono scomparse.

Nell' asma la respirazione può essere ad intervalli perfettamente libera; i rantoli non compaiono che durante gli accessi; in ultimo le depressioni intercostali sono molto spiccate, soprattutto nella respirazione.

Paulicki. — *Un caso di atrofia gialla del fegato.* — Berlin. klin. Wochenschrift N. 5, 1869.

Il caso comunicato dal Dott. Paulicki riguarda una prostituta di 19 anni. La malata era stata affetta più volte da leucorrea, blennorrea dell' uretra, condilomi, ed una volta da dolori, esacerbantisi la notte, nella musculatura della coscia destra; tuttavia non mostravansi fenomeni certi di sifilide costituzionale. Quando la malata si presentò la prima volta al Dott. Paulicki era leggermente itterica, e si doleva di peso alla regione del fegato. Negava qualsiasi tentativo di avvelenamento con fosforo. L' itterizia e il peso alla regione del fegato esistevano da 8 giorni, senza che lo stato di salute generale fosse essenzialmente turbato. La malata non istava in letto, e nulla era stato osservato in essa di speciale all' infuori di una disposizione alla noia e qualche volta all' esaltamento. Essendo rimasta eguale la forma della malattia anche nei giorni seguenti, il caso fu da principio ritenuto per un' itterizia ordinaria. Nel 24.° giorno di malattia l' inferma si lagnava di violento dolore alla regione dello stomaco, l' itterizia era diventata intensa, e presentaronsi ripetuti vomiti di masse schiumose e sanguigne. La temperatura del corpo non era innalzata, ed il polso dava 64 battute. Nei seguenti giorni vi si associò anche una sensazione di dolore nel petto e nelle estremità, ed il polso diventò alquanto più frequente (80 puls.). La temperatura si manteneva normale; i vomiti perduravano; l' itterizia aumentava. L' inferma lagnavasi di grande debolezza ed inappetenza; l' orina era scarsa e molto oscura; le feccie erano scolorate, tuttavia non mancavano totalmente i pigmenti biliari. L' ottusità del fegato, normale al principio della malattia, mostravasi ora impicciolita tanto nella linea mammillare, come nell' ascellare. Nel 33.° giorno la malata emise una rilevante quantità di muco sanguigno dalla bocca, e l' ottusità del fegato si era resa reperibile solo nella linea ascellare, mentre nella linea mammillare il suono intestinale trapassava immediatamente in suono polmonare. La malata giaceva in istato semi-soporoso, con gli occhi chiusi. Di tratto in tratto sopravvenivano accessi, in cui mostravasi molto inquieta, e gettavasi incessantemente qua e là, in modo da abbisognare molta fatica per trattenerla in letto. Nel 35.° giorno si stabilì il singulto; lo stato soporoso continuava sempre, la pelle al tatto era fredda, il polso dava 88 battute. Nel 37.° giorno seguì la morte.

Il reperto anatomico fu il seguente: corpo ben nutrito, cute fortemente itterica, musculatura pallida. Dura madre molto itterica, aracnoidea normale, circonvoluzioni cerebrali alquanto strette, plesso coroideo di colore itterico, ventricoli vuoti. Ambedue i polmoni alquanto avvallati con ecchimosi listate ed a macchie sotto la pleura, ed infiltrazione sanguigna ai margini dei polmoni; putrefazione incipiente. Il cuore con considerevoli ecchimosi sotto il pericardio, specialmente nella superficie posteriore; la musculatura del medesimo floscia, di color rosso pallido. L' endocardio imbibito. Nei ventricoli poco sangue oscuro e liquido. L' aorta inspessita sopra il seno del Valsava, con parecchie macchie gialle sotto la membrana intima, ed inoltre con parecchie prominenze gelatinose trasparenti. Nel mesenterio e nel grande omento molti punti ecchimotici. La mucosa dello stomaco parzialmente sollevata per enfisema cadaverico; lo stomaco empito in parte da liquido di colore nerastro; la metà pilorica dello stesso mostrava un discreto sollevamento della mucosa, che si trovava anche nel duodeno. Il fegato era impicciolito in tutti i diametri, e pesava 688 grammi; la consistenza ne era molto diminuita; facendo un taglio trasversale, si vedevano molte isole di colore giallo-zafferano, frammischiate a parenchima epatico ora bruno, ora rosso-sporco; le dette isole in parte erano demarcate rigorosa-

Digitized by Google

mente, e sollevavansi alquanto sopra la superficie del taglio, in parte si andavano gradatamente a confondere col parenchima epatico. Nella vescica biliare vi era un liquido verde-oscuro, alquanto torbido. Il condotto cistico era colorito dalla bile; nel condotto epatico trovavasi un liquido bilioso, debolmente colorito, e la mucosa di esso era alquanto arrossata in alcuni punti; in simile stato trovavasi il coledoco sino al suo ingresso nel duodeno, e l' apertura di esso s' innalzava nel duodeno come un piccolo cercine, apparendo egualmente alquanto arrossata. La struttura acinosa del parenchima epatico era dappertutto scancellata, e specialmente nei punti più oscuri. La milza era dell' ordinaria grandezza, molle e di colore rosso-bruno sporco. I reni erano flaccidi, di colore itterico pronunciato; la sostanza corticale di un giallo-sporco, i coni midollari di colore rosso-oscuro. Nelle pelvi renali trovavansi ecchimosi a forma di punti in discreta quantità. Nell' intestina crasso vi erano molte fecci molli di color cretaceo, ed in parte alquanto colorite in verdognolo. L' omento era aderente al fondo dell' utero. La mucosa della porzione vaginale dell' utero sollevata ed alquanto granulosa. Nell' utero e suoi annessi trovasi lussureggiamento di tessuto connettivo, imbevuto di sangue; le pareti di ambedue le tube erano straordinariamente inspessite, la mucosa di esse e quella dell' utero era ricoperta da muco sanguinolento scolorito. Nell' ileo la mucosa era ricoperta da muco colore brunastro; le *glandole* solitarie inturgidite, ma non molto.

L'esame microscopico diede i seguenti risultati: Le fibre dei muscoli striati (pettorale maggiore, e cuore) erano leggermente infiltrate da fine granulazioni di grasso. Nei punti rossi ed avvallati del fegato il parenchima era quasi interamente distrutto. All' esame microscopico di questi punti vedevansi specialmente masse di detrito grassoso e tessuto connettivo ripieno di palle di leucina. I più grandi vasi ed i condotti biliari erano ivi relativamente ben conservati. Qui in niun luogo vedevansi conservate le cellule epatiche. Nelle isole di parenchima color zafferano, e che si sollevavano sopra la superficie del taglio, le cellule epatiche erano ancora ben conservate, però infiltrate da fini granuli di grasso: in niun luogo trovavansi grosse gocce di grasso, come si osservano nel fegato degli avvelenati con fosforo. I reni mostravano forte degenerazione grassosa delle cellule della sostanza corticale, ed infiltramento dei tubuli contorti con pigmento biliare cristallino su tutti i tagli. Qua e là trovavansi però piccole isole, in cui gli epiteli corticali erano ben mantenuti.

Blachez. — *Cura degli spandimenti pleuritici colla toracentesi capillare.* — L'Union Médicale, N. 130, 131, 132, 1868.

Malgrado i frequenti successi della toracentesi, fatta col trequarti ordinario, non è men vero che un infermo fuori dello spedale, non vi si rassegna che ben di rado, e solo in casi estremi. L'autore si è proposto di rendere questa operazione del tutto inoffensiva, e di togliere ogni timore da parte del malato, adoperando un trequarti esilissimo e corto, come quello che usano i chirurghi per l' esplorazione dei tumori superficiali. Se l'infermo è di tanta timidezza da intimorirsi di una puntura capillare, allora produce l' anestesia locale coll' apparecchio di Richardson, limitandone l' azione ad una porzione ristrettissima di pelle nel modo seguente: segna coll' inchiostro il luogo su cui deve cadere la puntura, poi applica sul petto un largo pezzo di diachylon, nel cui centro esiste un foro, che corrisponde al punto segnato; molti altri pezzi di diachylon, con fori sempre più larghi, vengono sovrapposti al primo. In tal guisa il gettito di etere lanciato attraverso la piccola apertura non tocca che il punto di pelle designato. Ottenuta l' anestesia, circa dopo 4 minuti, si spinge il trequarti con rapidità e in direzione perfettamente verticale, usando come al solito del budello per impedire l'entrata dell'aria. Occorrono in media da 30-40 minuti per vuotare il petto, lentezza che va tutta a vantaggio dell' infermo. L' autore non ha osservato nemmeno una volta l' accesso di tosse sì molesto, che si presenta di consueto alla fine della toracentesi praticata coi trequarti ordinari.

Ecco le proposizioni che il Blachez trae dalle considerazioni, che si trovano nel suo lavoro rispetto al trattamento della pleurite: — 1.° Quando non s' incontra una pleurite affatto in principio, e che avvi uno spandimento un po' considerevole, la cura usuale coi rivulsivi e cogli evacuanti, sebbene offra delle probabilità di successo, è per solito lunga e molto molesta pel malato. — 2.° La toracentesi costituisce un mezzo terapeutico ad azione rapida, e il cui risultato immediato è il medesimo che quello a cui si giunge lentamente coi rivulsivi e cogli evacuanti. — 3.° La toracentesi è ancora oggigiorno una operazione, non dirò *estrema*, ma *di riserva*, e che non si esegue ordinariamente che dopo aver visto fallire gli altri metodi di cura. — 4.° Qualunque sia la sua innocuità, discolpandola dagli effetti disastrosi che le sono stati attribuiti, essa ha tuttavia degli inconvenienti innegabili, come il timore che inspira al malato, il dolore che produce, la spossatezza causata dall'accesso di tosse, che accompagna il vuotarsi rapido della cavità della pleura, massime all' uscita delle ultime porzioni di liquido. — 5.° La toracentesi *capillare* ha tutti i vantaggi della

Digitized by Google

toracentesi ordinaria, e come questa costituisce il mezzo più potente che il medico possieda per opporsi allo spandimento. Essa vuota perfettamente il petto, e la lentezza, colla quale il liquido scola, ha sembrato sopprimere, od almeno diminuire di assai, l'indicato accesso di tosse. Pochi sono i malati che rinculino davanti ad una puntura fatta con uno strumento così sottile come il trequarti capillare. D'altronde l'anestesia locale fatta convenientemente può rendere al tutto indolente questa puntura. — 6.° In caso di errore di diagnosi, non è indifferente lo spingere un trequarti ordinario, e a grande profondità, entro un pulmone epatizzato o entro un fegato ipertrofico. Il trequarti capillare, che è cortissimo, avrebbe in tal caso dei vantaggi evidenti. — 7.° Se la puntura così semplificata potesse dispensare in molte occasioni dal vescicatorio, risparmierebbe al malato molte sofferenze e gli inconvenienti numerosi inerenti a questo genere di cura, quando è adoperato negli spedali, come cancrena nosocomiale, risipola, cistite ecc. — 8.° Questa puntura può essere di leggieri ripetuta senza serio pericolo. — 9.° In caso di spandimento marcioso la puntura diviene puramente esploratrice. Sebbene il liquido siero-purulento, che riempie la pleura, possa ancora scolare attraverso la cannula del piccolo trequarti, sembra però miglior partito in tal caso trattare lo spandimento in un'altra guisa, eseguendo una doppia apertura col drenaggio.

Albu. — *Del trattamento della difterite laringea.* — Berlin. klin. Wochenschrift 1869, N. 5.

Il Dott. Albu medico dirigente dell'Ospedale S. Lazzaro di Berlino, il 7 Gennaio 1869 fece la seguente comunicazione alla Società medico-etiologica sopra un nuovo trattamento locale della laringite difterica.

« Poichè la difterite del laringe è quasi affatto inaccessibile al trattamento locale, e poichè le inalazioni e la stessa tracheotomia rimangono per lo più senza effetto, aggiungendo anche che la tracheotomia non si può praticare nei piccoli bambini, per agire sulle membrane difteriche del laringe in modo da discioglierle, io ho praticate le iniezioni di acqua di calce tiepida nell'interno di quest'organo. A tale scopo io ho introdotta la cannula della sciringa di Pravaz fra gli anelli cartilaginei della trachea, e da principio ne ho fatte stillare solo poche gocce, ma più tardi quando ho veduto non esservi alcun pericolo, ne ho iniettata una sciringa piena dal basso in alto, per giungere al laringe. Giammai seguono accessi di soffocamento. Sopravviene un forte stimolo a tossire, ed i bambini per lo più espettorano subito brani di membrane difteriche. Io fin qui ho trattati in tal modo 6 casi, di cui uno solo con successo completo. I primi 5 bambini così trattati, che erano tutti sotto i 5 anni, si trovavano già nello stadio di soffocazione, ed in seguito alle iniezioni vissero, secondo la mia convinzione, parecchie ore più di quello che non fosse da attendersi. Una fanciulla di 10 anni con squisita difterite laringea, in cui era già indicata la tracheotomia, fu salvata da me con le iniezioni, ripetute due volte al giorno di una sciringa piena di acqua di calce, a cui si unì un corrispondente trattamento interno (acqua clorata, decotto di china). — Mi riservo di fare ulteriori comunicazioni nella prossima seduta della Società. Frattanto noto, che in casi adattati esperimenterei in egual modo la soluzione di acido lattico, perchè esso deve sciogliere anche più rapidamente le membrane difteriche.»

Waldemburg, redattore del giornale da cui abbiamo tolte le predette parole di Albu, vi fa seguire la seguente nota:

Nel trattamento della difterite e del croup anche da me è stata esperimentata l'*acqua di calce* siccome il miglior rimedio locale, ed io l'adopro ora in forma di gargarismo, ora iniettandola per la via del naso, ora, ed anzi principalmente, facendola inalare ridotta in nebbia per mezzo del nefogeno. I fanciulli che sono sopra i 3-4 anni accondiscendono per lo più volenterosi all'inalazione. Nei casi in cui non era usabile questo processo, io non mi sono fin qui risoluto a ricorrere al metodo raccomandato da Gottstein, che consiste nell'iniezione di acqua di calce nel laringe fatta direttamente per via della bocca, perchè temeva il soffocamento. Il metodo qui sopra raccomandato da Albu sembra addimostri del tutto infondato il timore, che possano sopravvenire fenomeni di soffocamento in seguito all'introduzione di un liquido nel laringe. Però quando uno si sia a ciò risoluto, apparisce a priori dubbioso, se abbia a preferirsi l'iniezione dall'esterno a quella per la via della bocca, almeno le comunicazioni di Albu non sono ancora in caso di rimuovere ogni dubbio. Dove i fanciulli siano abbastanza grandi e docili, da potere usare le inalazioni con l'acqua di calce, questo metodo è da preferirsi assolutamente ad ogni altro trattamento locale.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 3. BOLOGNA 31 Marzo 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Apparecchio inamovibile nell'artrite acuta

DEL

Prof. LUIGI CONCATO

Scrivono generalmente i trattatisti, che il così detto reumatismo monarticolare acuto non è di solito una forma morbosa primitiva; ma che invece è, od un'artrite diffusa a principio, e che sul finire della prima, od all'entrare della seconda settimana, si limita ad una o più articolazioni ad un tempo; o veramente che sono, fin dall'esordire della malattia, alcune od una articolazione soltanto la sede dell'alterazione anatomica, con sintomi locali e generali assai più miti, che nell'artrite multipla, e quindi con decorso più lento, e non guari tumultuoso. — Nessuno fra essi però, trattando de' mezzi locali adoperati finora, per favorire la risoluzione dell'essudato, od almeno mitigare i patimenti che cagiona un'*artrite acuta*, ha neppur pensato a quello, al quale io ho avuto ricorso, cioè a rendere immobile l'articolazione malata. Da queste ragioni sono stato spinto a narrare la storia seguente:

I. M. di Bologna, diciottenne, modista, era nata da parenti ancora vivi e sani: de' suoi fratelli uno solo, gracile, soffre abitualmente di tosse; de' congiunti una zia materna avea dovuto soccombere a tisi polmonare. — A 16 mesi, come sapea per tradizione, sarebbe stata eclamptica, e con grave pericolo per la sua esistenza. — Poi, superate le malattie più comuni all'infanzia, avea toccati i quattordici anni, segnalati dalla comparsa della sua prima mestruazione, che fu in seguito irregolare pel tempo e per la scarsezza del sangue fluente. — Poco appresso ammalò di febbre sinoca, che la tenne in letto per quindici giorni. Guarì, ma non senza incommodi residui, come cardiopalma, dolore al torace sinistro, tosse, i quali inasprivano per le fatiche più leggere, e toglieano alla sua salute la floridezza abituale. — Sul diciottesimo anno colse in pneumonite gravissima, diffusa a tutto il polmone sinistro, della quale fu curata in questa stessa Clinica; se l'avea procacciata esponendo inconsideratamente il proprio corpo, caldo e sudante, ad un raffreddamento improvviso e forte.

Scorsi cinquanta giorni dalla sua escita dallo Spedale, vi veniva riaccolta sulle cinque pomeridiane dell'undici Giugno 1868.

La di lei fisionomia era abbattuta, la faccia leggermente accesa; si lagnava d'un forte dolore al 5.° o 6.° spazio intercostale del torace sinistro, sul prolungamento della linea emiclavicolare; dolore fisso, inasprito dal palpamento e da qualche raro colpo di tosse. — Si lagnava inoltre di un altro dolore, più forte e continuo, all'articolazione radio-carpica destra, il quale nei movimenti si irradiava lungo l'antibraccio e fino al cubito. — La regione del carpo era gonfia, rossa, qualunque movimento articolare volontario impossibile; penosissimo ogni movimento passivo, anche più riguardoso, ed intollerabile una pressione moderata. — L'otto dello stesso mese ricorreva l'ultima mestruazione, che era stata scarsissima, e preceduta per vari giorni da conati di vomito. — Verso le 12 meridiane del dieci, avea principiato il dolore all'articolazione suddetta, accompagnato dalla gonfiezza, che andò crescendo rapidamente; sulla sera s'era fatta la febbre, incipiente con brividi, e con ripetuti conati di vomito. — Il dolore al torace sinistro preesisteva fino dalla guarigione della pneumonite. — Avea forte cefalea frontale da una tempia all'altra, fotofobia molestissima, susurro d'orecchi, sete intensa, lingua rosea, umida, tremula; pelle arida. — Nulla d'abnorme al torace, tranne l'urto del cuore violento, ed i tuoni un po' forti. — Polso 88 vibrato, ampio. Resp. 50 brevi. Temperatura 39° 50 C.

Fu prescritta per bevanda una limonata vegetabile, ed esternamente un cataplasma di farina di linseme. — Il mattino successivo si notò abbassamento di calore (38° 30), polso ad 86, respirazione 46. — Il dolore all'articolazione però, divenuto sempre più vivo, le avea impedito di dormire; si era molto mitigato l'altro al torace sinistro. — Tre volte si rinnovarono, ed ogni volta per un quarto d'ora, i brividi; sei, i conati di vomito, cui seguia leggero sudore freddo, particolarmente al tronco. — Ventre meteoristico; stitichezza da tre giorni; orine C. C. 1000, sedimentose. — Articolazione più tumefatta e più dolente. — Un purgativo di solfato di soda (grammi trenta). — Alla sera aumento di tutte le sofferenze, nuovi brividi. Puls. 90. Resp. 48. Temp. 39 4/5. — N. 6 mignatte. — Mattina del 12. — L'abbondevole emorragia non avea arrecato sollievo; anzi il gonfiore al carpo fu trovato esteso al dorso

Digitized by Google

della mano; minore il mal di capo ed il susurro d' orecchi. Puls. 90. Resp. 48. Temp. 38° 20. — Svanito il dolore al torace, una sola volta riapparsi i conati di vomito. — Deiezione di materie giallastre. — Orine al solito. — Al cataplasma fu sostituito il bagno di Schmucker, internamente prescritta una bevanda tamarindata. Alla sera, la Temp. tornata a 39.°, e la mattina del 14 ridiscesa a 38.° Puls. 78. Resp. 40. — La gonfiezza era aumentata e progrediva a destra; un leggero dolore faceasi sentire al metacarpo del pollice sinistro, leggermente gonfio; la notte era stata passata in ismanie, e v' ebbe freddo fortissimo, che durò quasi fino a giorno. — Alito fetente, sete inestinguibile, lingua biancastra, stretta; cefalea e conati di vomito. — Si prescrisse nitrato di potassa a 4 gram. sciolto in 200 d' acqua, da prendersi a cucchiai, ed un decotto di gramigna per bevanda. — Verso sera brividi per 20 minuti; più tardi 39° di temp., 90 puls., 60 resp.; cute madida generalmente; orine 600 C. C. — 15 Giugno Mattina. — Temp. 38. Puls. 96. Resp. 60. Notte più quieta; tre evacuazioni diarroiche accompagnate e seguite da dolori all' ipogastrio e bruciore all' ano. Ventre meteoristico, dolente alla pressione. Stomaco dilatato; nessun brivido, ma calore grande. Articolazione sgonfiata alquanto, però sempre rossa e dolente; molto edematoso il dorso della mano; non più dolente nè gonfio il metacarpo del pollice sinistro. Area cardiaca normale; al tutto fremito appena sensibile sulla stessa. — Orine 1800 C. C., sedimentose. — Riprescritta la soluzione di nitrato di potassa, si ordinarono unzioni sul carpo destro con unguento mercuriale laudanizzato. — Alla visita della sera nuovo freddo. Pul. 95, Resp. 64, Temp. 39° 20, l' articolazione rigonfia; il 16 di mattina, solita remissione della febbre (38°), e null' altro di nuovo o cambiato. — Si suppose che le unzioni mercuriali, presenti le ferite prodotte dai morsi delle sanguisughe, potessero avere cagionato lo inasprimento notato la sera precedente; e quindi sospese quelle, si tornò al bagno di Schmucker, continuando nell' uso interno del nitrato di potassa. Ciò non ostante, la sera il calore era rimontato a 39° 60 (Puls. 98, Resp. 56), e verso le 5 pomer. era cominciato forte freddo, durato poscia 3 ore. — Ventre meteoristico, stitichezza, dolore irradiato all' articolazione scapolo-omerale. — Una pillola narcotica. — Il 17 mattina, dopo una notte agitata da forti dolori all' addome, temp. 37° 40. — Orine 1400 C. C.; stitichezza, ventre meteoristico, tenesmo. — Clistere stimolante, e del resto le prescrizioni del giorno innanzi. — Lo stato quasi apiretico si mantenne la sera e la mattina seguente, con euforia. Due evacuazioni diarroiche e calma dei dolori addominali; diminuito il meteorismo; sulla parte inferiore dell' articolazione la pelle alquanto grinza. Tale sensibile cambiamento fece porre a parte l' epitema freddo e riapplicare il cataplasma; per uso interno non fu prescritta che la solita bevanda tamarindata, addolcita con sciroppo semplice. - La sera febbre aumentata (38° 20), aumento avvertito dalla inferma per senso di calore generale, seguito da leggerissimo sudore. — La notte successiva fu insonne, smaniosa; dolentissima ed oltremodo rigonfia si fece la parte infiammata, con diffusione del gonfiore all' antibraccio e del dolore alla spalla. Sulle undici pomeridiane era apparso nuovo accesso di freddo, durato fino all' alba, e dopo la cute era divenuta urente, tranne al petto: il calore si elevò fin 40° 20, il polso a 112, la respirazione a 60. — Cefalea, paracusia, polidipsia e stipsi persistenti; poche orine, 500 C. C. circa, sedimentose. — A questo punto si venne a conoscere che dai genitali colava un liquido bianco-giallognolo; colla esplorazione digitale, che si operò con istento e molestia per l' inferma, la mucosa vaginale si trovò tumefatta e rossa; fu prescritta una soluzione di bisolfato di chinino, centigrammi 60 in 100 gram. d' acqua; un cucchiaio da tavola ogni due ore.

Lo stato gravissimo durò l' intera giornata; sulla sera però mitigavasi, e verso le 11 pomeridiane la temperatura era già discesa a 37° 40; il mattino successivo del 20 a 37° 20, con polso a 80, respirazione a 38; la notte era passata abbastanza tranquillamente; il dolore al carpo un po' mitigato, meno sete, meno cefalea, e via dicendo. — Con qualche tormino il ventre avea evacuate materie diarroiche, persisteva però l' anoressia e la nausea. Benchè il 21 mattina l'apiressia fosse compiuta, nella notte, verso le 4 antimeridiane, vi era stato un movimento febbrile, principiato con freddo mediocre e terminato con sudore. — Durante il medesimo erano tornate la cefalea, la confusione d' idee, il rumore, la sete. — La malata sentiva molta debolezza e molta distensione dell' epigastrio, che era veramente alto. — L'improvviso cambiamento pare fosse effetto della impressione che sulla paziente aveano prodotto i movimenti strepitosi di una convulsionaria. — Al carpo le cose procedevano parimenti in meglio: meno gonfiore, il dolore alla pressione soltanto, ed in particolare sulla base del 1.° e 2.° metacarpo, profondamente; la cute della parte anteriore inferiore dell' antibraccio, eresipelatosa. — Ventiquattro ore dopo (la mattina del 22) erano riaumentate gonfiezza ed addolorabilità, quantunque la temperatura non si fosse infrattanto rialzata che di qualche quinto sopra la norma, il polso ridotto a 74, e la respirazione a 30. — Ciò indusse a riapplicare 6 mignatte, e riprendere la soluzione di nitrato di potassa in luogo di quella di bisolfato di chinino. — Il vantaggio ottenuto da queste prescrizioni fu scarso; il carpo e la mano non si sgonfiarono punto, e crebbe anzi la febbre (38°). Le orine sempre scarse, conteneano leggerissime traccie di albume. Lo scolo vaginale molto dimi-

Digitized by Google

nuito. La paziente passava notti penose, ed era di grande malavoglia, e noi ci sentivamo sconfortati, vedendo la sera susseguente (23 Giugno), le cose tornate pressochè allo stato di prima; il polso a 100, la respirazione a 52, il calore a 39° 60, preceduto da brividi, che aveano avuto principio dalla parte malata; il dolore alla mano fortissimo, la immobilità, spontanea e passiva, assoluta, e di più trafitture alla palma.

Tornati infruttuosi i mezzi terapeutici fino allora impiegati, mi sorse in mente di sperimentare la applicazione di un apparecchio inamovibile. Mancando di ogni esperienza mia propria ed altrui sull' uso di questo mezzo, una doppia difficoltà mi rendeva perplesso. Primieramente io chiedeva a me stesso: sarà mo possibile l' applicazione, senza far spasimare l' inferma dai dolori? e se anche la sua e la nostra forza d' animo si fossero mostrate nel cimento superiori, avremmo poi avuto il compenso desiderato, la guarigione, od almeno la cessazione assoluta di ogni patimento? chè, ognuno lo capisce, non poteva farsi la questione bicipite; l' effetto doveva essere sicuro, altrimenti era meglio lasciare le cose come stavano, *e non tirare addosso* all' inferma, come dice il proverbio, *il malanno e la mala pasqua.* — Ma se l' esperienza mi mancava pel caso della mono-artrite acuta, non mi facea però altrettanto difetto la ragione induttiva di analogia. Non avea veduto io moltissime volte da altri, e non poche da me stesso, applicato con successo veramente ammirabile l' apparecchio inamovibile in mono-artriti sub-acute gravi, che avevano deformate stranamente le parti, e che cagionavano parimenti sofferenze non lievi? non avea io veduto in breve arrestarsi l' infiammazione, e limitata la distruzione profonda delle ossa, conservato così agli infermi un arto, che, per quanto abnorme, era nondimeno il loro, e per nulla paragonabile ad uno posticcio, per quanto finito dall' arte? Anzi, ben riflettendo sul caso speciale, non v' era tutta la ragione di pensare che, superate le difficoltà dell' applicazione, ed ammesso che altro epifenomeno non fosse sopravvenuto, le attività terapeutiche dell' apparecchio inamovibile si sarebbero spiegate con più facilità? La mono-artrite, invero, non durava che da pochi giorni; e le alterazioni materiali io me le raffigurava per la massima parte circoscritte al tessuto connettivo e fibroso sotto-cutanei, e ciò perchè la rotondità uniforme della regione radio-carpica non sarebbe stata così compiuta, se la essudazione sotto-cutanea non avesse fatte scomparire le prominenze ossee stiloidee, poste fuori della sinoviale. Che questa membrana non fosse normale, non lo avrei potuto certamente negare; ma le sue alterazioni mi apparivano più consensuali, più consecutive che idiopatiche. — Comunque, per l' effetto che io mi proponeva, la località era meno da considerarsi, che non la qualità del processo, ossia delle alterazioni materiali avvenute nello spessore di quegli organi. — Codeste alterazioni non potevano essere che di struttura, senza ombra di degenerazione istologica, e quindi riducibili anche naturalmente. La tumidezza della cute avea tutti i caratteri della essudazione siero-fibrinosa ipodermica, che, con termine spiccio, i patologisti nominano *edema caldo*, e per tale era pure a tenersi lo stato delle guaine dei tendini, della capsula fibrosa, delle armille legamentose, ed eventualmente della sinoviale. Giusto sospetto nondimeno era quello di piogenia in una od altra di quelle parti infiammate; ma per quanto si ripetessero le esplorazioni, non fu mai dato di trovare segni relativi ad una raccolta marciosa, almeno in forma di ascesso, chè progenie e presenza di cellule purulente, là ove la flogosi avrà avuta maggiore vivezza, nessuno avrebbe osato di escludere recisamente. — Ebbene, mentre l'apparecchio, forzando la parte malata al riposo assoluto, dovea sottrarla ad una causa permanente d' incitamento al progresso dell' infiammazione, colla compressione uniforme avrebbe impedito una ulteriore distensione dei tessuti, e l' aumento dell' essudato. E la stessa compressione, oltre codesto effetto negativo, dovea con altrettanta facilità produrne un altro positivo. Elevando, cioè, artificialmente la pressione circumvascolare, su quella del sangue e della linfa, entro i loro rispettivi canali; la materia essudata più fluida, lo siero, sarebbe rientrato nei vasi più prontamente; e la parte più solida poi (fibrina ed eventualmente pus), privata quasi di alimento sarebbe stata costretta ad una precoce adipo-metamorfosi, e preparata quindi al definitivo assorbimento. Da ultimo, anche lo stimolo della novità dello stato avrebbe forse potuto eccitare un cambiamento di attività nervea, che facesse volgere al meglio le cose (metodo alterante); ma io confesso che la mia fede in questo aiuto vacillava, se pure non ero tratto a temere il contrario, uno aggravamento del processo morboso. Sostenuto dalle predette ragioni vinsi ogni perplessità, ed ordinai perchè entro la giornata si desse esecuzione al mio progetto.

Io non porrò a prova la sensibilità dei lettori col quadro straziante dei patimenti, che l' applicazione delle fascie cagionò alla povera ragazza, e ne allegrerò invece l' animo colle notizie del mattino successivo (24 Giugno), che non potevano essere più fauste. — Al primo vedermi la paziente, tratto di sotto le coltri l' arto, che da quindici giorni circa non avea potuto più muovere senza spasimi, ed alzatolo, mi mostrava la mano fasciata. La di lei fisionomia esprimeva il contento del benessere, dopo tanto patire; ieri mesta e scoraggiata, oggi ilare e fiduciosa. — La febbre era moderatissima (37°-40); orine 1400 C. C. —

Digitized by Google

La sera successiva il calore si elevò fino a 39° 40, con precedenza di freddo mite e di durata brevissima. Sete e cefalea. Stitichezza. 2000 C. C. di orina. Nessun dolore alla mano. — Dal 25 al 30 Giugno si ebbero in media, la mattina: puls. 80, resp. 41, temp. 37° 20; la sera puls. 87, resp. 32, temp. 37° 36. — I dolori erano cessati affatto; abbisognò nondimeno, due giorni dopo l'applicazione, che si togliesse momentaneamente l'apparecchio, perchè pareva che comprimesse troppo la cute sull'apofisi stiloide dell'ulna; ed era in fatto così, poichè non appena fu levata la fasciatura, il dolore cessò, e dopo una riapplicazione più conveniente non ebbe più a lagnarsene. — La mano erasi sgonfiata interamente; l'edema non si vedeva che alle parti libere dalla compressione; era tornato l'appetito, e una o due volte soltanto, senza regola, avea sentito qualche brivido, seguito da calore e da inasprimento dei fenomeni generali, da sete, nausee, sudori copiosi; le notti erano sempre tranquille; orine piuttosto scarse; evacuazioni rare e liquide. — Internamente andava prendendo la soluzione di nitrato di potassa, e la solita bevanda di tamarindo. — Sulla sera del 30 Luglio vi fu accesso febbrile forte a freddo (temp. 39° 20), accompagnato da forti dolori lancinanti all'ipogastrio, e da dolore all'ottavo spazio intercostale, nel prolungamento dell'una e dell'altra linea emiclaveare. — Il ventre era un po' teso; si lagnava di cefalea e sete; pochissima urina e nessuna evacuazione. Alla mano, però, le cose andavano tanto bene, che la paziente la faceva servire da guanciale, e poteva omai muoverne anco il pollice. — Alla mattina, dopo un sonno quieto, stava benino; ma alla sera si rinnovò la sindrome sintomatica, anzi il calore fu ancora più forte (39° 60). — Si ricorse ad una soluzione di bisolfato di chinino.

La mattina del 2 Luglio, nuova apiressia. — Alle 12 ¾ pomeridiane puls. 142, resp. 42, temp. 39° 40, il freddo era apparso due ore circa prima. Esame obbiettivo del petto e dell'addome, negativo; non si trovò che qualche bollicina migliariforme sotto le mammelle, ed il volume della milza alquanto aumentato. Nessun edema delle estremità. Orina normale. — Era già scorso un mese dall'ultima mestruazione. — In quella giornata il freddo si era ripetuto altre due volte. — Ebbe un'evacuazione diarroica. Di nuovo perduto l'appetito, e senso di tensione all'epigastrio dopo il pasto. Cefalea e sete. — Alle 8 pom. puls. 120, resp. 46, temp. 39. Alla mano nulla di nuovo. — Ore 9 ½ puls. 100, resp. 52, temp. 39°. — Ore 11 ½ puls. 88, resp. 34, temp. 38° 20. — Allora sudava profusamente, sentia susurro d'orecchi, avea qualche allucinazione visiva. — Alla mattina del 2, puls. 34, resp. 40, temp. 37° 20. — Stato di benessere relativo; evacuazione diarroica; orine 400 C. C. Per altri due giorni riapparve la febbre; fino a 40° 20, senza cause obbiettive, e poi cessò, nè riapparve più. — Infrattanto continuava il sudore profuso, la sete, ed il ventre diarroico; sentivasi spossata, benchè si andasse rifacendo l'appetito. — Il giorno 9, levato definitamente l'apparecchio, si vide che della grave infiammazione pregressa non restavano traccie obbiettive; solamente i movimenti nell'articolazione radio-carpica erano tuttavia alquanto dolorosi, e più forti se si forzava. — Compiutamente guarita escì il 23 di detto mese.

Io ho pubblicato questa osservazione clinica, non collo intendimento di mostrare e dimostrare ad un tempo, ma di proporla come un incitamento a rifare la prova. Il successo ne è stato così splendido, che quasi si sarebbe tentati a credere nella sua infallibilità; ogni dubbio che una risoluzione naturale, o la influenza dei rimedi usati, avesse potuto farci illusione, conviene che si dilegui dinanzi al fatto della rapidità del successo medesimo. In ventiquattro ore cessati i dolori; in sei giorni restituiti i movimenti alle dita; in quindici scomparsa ogni traccia della flogosi pregressa; si è mai osservato finora che avvenisse alcun che di simile, e non spontaneamente, ma neppure con rimedi interni ed esterni, colle sottrazioni di sangue ripetute a larga mano, coi cataplasmi, cogli epitemi freddi, colle unzioni risolventi, coi vescicanti?

La stessa osservazione eccita poi ad alcune considerazioni, che, senza pregiudicare la questione precedente, interessano la dottrina etiologica, e l'andamento della malattia dopo l'applicazione dell'apparecchio. — Fu un'artrite reumatica propriamente, o non piuttosto un reumatismo blennorragico? Nella storia è narrato che la paziente, alcuni giorni dopo il suo ingresso in Clinica, ci avvisava che le colavano di materie biancoverdognole dai genitali. — Noi non abbiamo potuto venire in chiaro sulla origine dello scolo; e dovendo prestar fede alle sue asserzioni, era da conchiudere, trattarsi di una complicazione, di una vaginite comune e non specifica. D'altra parte, ponendo pur da banda le mie opinioni sul legame causale necessario fra blennorragia ed artrite, opinioni che mi menano a negarlo, perciocchè, fra le altre, noto, che gli scoli sono all'ordine del giorno, e le artriti nei blennorragici relativamente rare, e che io ho veduti individui, colpiti ripetutamente dall'uretrite specifica, ammalare una volta sì e l'altra no della flogosi articolare; ponendo da banda tutto questo, io mi varrò in giudizio della legge che risulta dalle statistiche più numerose; essere cioè il reumatismo blennorragico esclusivo del sesso maschile, e raffermerò così la conclusione prefata, che la mono-artrite fosse d'indole reumatica.

Il corso poi tenuto dalla malattia dopo l'applicazione dell'apparecchio inamovibile, fa nascere spontaneo il quesito: se, coll'aver fatta abor-

Digitized by Google

tire l'alterazione locale, coll'averla troncata violentemente, si sono forse cagionate le febbri, di apparenza intermittente, che la seguirono. Io, anche senza confessarmi seguace di quella dottrina, che nei reumatismi acuti applica sulle articolazioni malate i vescicanti, colla mira di farvi affluire o meglio concentrare la discrasia, non potrei liberarmi affatto da quest'accusa. E veramente quelle febbri non potevano attribuirsi ad una alterazione concreta; nessun organo, tranne la milza mediocremente aggrandita, fu trovato durante quel tempo in condizioni abnormi, o propriamente morbose; nè le bollicine migliariformi sotto mammillari, sia per la scarsezza loro, che pel sito dove eransi formate, non avevano diritto, *nel caso nostro*, di essere valutate come manifestazioni di una discrasia. — Io trovo probabile un legame di causa fra la terapia e le febbri successive, ma come un vero *propter hoc*, e non come un *per hoc*, vale a dire, non perchè per suo mezzo si fosse fatta fermare nel sangue una materia discrasica, che avrebbe dovuto escirne, che a ciò avrebbe bastato si gettasse sopra un'altra od altre articolazioni; ma perchè, soppresso un centro d'irritazione, e forzati i tessuti a tornare nello stato ordinario, due conseguenze erano egualmente inevitabili. La prima, una pletora relativa; che era il meno male, pensando alle perdite, che il sangue, per la scarsa alimentazione, per i sudori, per la diarrea e per la febbre, avea dovuto subire; la seconda un inquinamento, una specie d'infezione benigna del sangue stesso, e ciò per aver forzato ad entrare nel circolo, senza previa preparazione naturale, materiali generati sotto un'influenza patologica. Nè il tipo della piressia potrebbe invalidare questa ipotesi, poichè non è necessario ammettere che l'assorbimento fosse avvenuto immanentemente, e sempre nelle stesse proporzioni; ma invece, come accade già di ogni funzione anche in istato normale, in modo relativamente periodico. In qualunque maniera, infine, gli ulteriori studi possano risolvere il quesito, un fatto è certo — *che l'applicazione dell'apparecchio inamovibile in un'artrite acuta è il solo mezzo, che finora abbia prodotto effetti benefici immediati.*

Dalla Clinica Medica di Camerino (Prof. C. Federici)

UN CASO

DI

Colite ulcerativa e Trombosi della Succlavia

STORIA E CONSIDERAZIONI

DEL

DOTT. CLODOMIRO BONFIGLI

Assistente alla Clinica.

N. Ansovini di Monte Cavallo, artigliere nell'esercito italiano, fu accolto nell'Ospedale Clinico il giorno 29 Dicembre 1868. Narra che il suo padre, di complessione piuttosto gracile, morì di apoplessia fulminante: ha madre, fratelli e sorelle viventi, che godono di ottima salute. Dell'età di 17 anni andò a lavorare in qualità di giornaliero nella maremma romana, dove soffrì di febbri intermittenti a tipo quartanario, che furono prontamente debellate, dopo il suo ritorno in patria, mercè preparati di chinina. Nel Novembre dell'anno appresso tornò nella maremma, ed anche questa volta fu assalito da febbri intermittenti, che avevano però il tipo quotidiano, e che cessarono spontaneamente dopo pochi giorni. Godette di buona salute sino al Gennaio 1865, in cui inscritto nella milizia dovette tradursi a Veneria-Reale, luogo di sua destinazione nel circondario di Torino: durante il viaggio soffrì molto per il rigore della stagione invernale, e per il cattivo stato in cui trovavansi i suoi vestiti: due giorni dopo la sua permanenza in Veneria fu preso da un forte brivido di freddo della durata di circa due ore, a cui seguirono tutti i sintomi che valgono a caratterizzare una pleuro-pneumonite doppia: fu curato con molti salassi, e con l'applicazione di circa 20 vescicanti distribuiti successivamente in diverse parti del corpo: dopo circa 15 giorni migliorò alquanto, ma per lo spazio di due mesi rimase in uno stato di salute talmente incerto, che gli fu dovuto accordare il permesso di rimpatriare. Essendosi curato alquanto tempo in patria, guarì perfettamente, e potette ritornare al suo Reggimento. Nel 28 Agosto 1868 l'Ansovini dovette trasferirsi da Veneria a Novara: giunto in questa città fu preso da diarrea senza tenesmo e senza dolori di ventre: da quel momento ebbe ogni giorno 10-12 evacuazioni di materie prosciolte, e che risultavano in parte di alimenti non digeriti; più tardi alle fecci trovavasi commista una piccola quantità di sangue. Per circa un mese sopportò tale malattia, seguitando a fare il servizio militare, perchè il *medico* dichiarò il suo male di nessuna entità: dopo tale epoca l'Ansovini fu ricoverato nell'Ospe-

Digitized by Google

dale per un' orchite traumatica, ed allora soltanto fu cominciata a curare la diarrea con polveri bianche (sotto-nitrato di bismuto?), e con clisteri. Sotto tale trattamento la diarrea diminuì alquanto, aveva giornalmente 2-3 evacuazioni di materie più consistenti, senza sangue, e di colorito normale. Però dopo 15 giorni ricomparve di nuovo la diarrea senza cause apprezzabili; il malato aveva 20-25 evacuazioni giornalmente, accompagnate da dolori addominali e tenesmo; le fecci erano giallognole e commiste a sangue. Questa volta rimase senza effetto la cura prima intrapresa, come pure furono praticate inutilmente le frizioni di olio di crotontiglio sul ventre, ed inutilmente furono amministrati altri rimedi, di cui il malato non sa dar conto. Questo stato seguitò per lungo tempo, finchè in vista del deperimento sempre crescente dell'infermo, i suoi superiori si decisero ad accordargli il congedo illimitato: dopo pochi giorni di sua dimora nella casa paterna si trasferì in quest' Ospedale Clinico.

Poco dopo la sua accettazione nell' Ospedale il malato ha evacuato il ventre, ed ha emesse fecci di colore giallognolo commiste a molto muco, e discreta quantità di sangue: si lagna di molesta sensazione di sete, ed ha appetito discretamente buono.

Sera. Puls. 72. Resp. 19. Temp. 37,4.

Ordinazioni. Decotto di tamarindo con laudano.

Il giorno 30 Dicembre il Prof. Federici intraprese l' esame del malato, e fu registrato il seguente

Stato presente: Corpo ben formato; musculatura poco evidente; pannicolo adiposo scomparso. Fisonomia tranquilla. Il torace di forma quadrata si espande quasi egualmente sotto i moti respiratori, ma forse più a destra che a sinistra. Il ventre di figura esagonale è piuttosto depresso e teso; la linea alba ha l'andamento fisiologico; la cute è ricoperta da un' eruzione diseccata, dovuta a frizioni fatte antecedentemente con l'olio di crotontiglio. Negli atti respiratori il ventre s' innalza più superiormente che inferiormente, ma in modo eguale sì a destra che a sinistra. Nell' inspirazione scorgesi un sollevamento epigastrico cagionato dall' impulso dell' aorta. Gli archi costali simmetrici. Alla palpazione si osserva che la parte superiore del ventre è più tesa dell' inferiore: si sente il margine del fegato due dita sotto l' arco costale; la punta della milza si avverte pure, benchè oscuramente, al di sotto del margine toraeico. Il ventre è poco sensibile alla pressione, eccetto lungo il decorso dei crassi; con la palpazione si ridestano facilmente gorgoglii. (La percussione sul torace, che dava un suono vuoto all' apice del polmone sinistro, non fu registrata). Il fegato è ampliato di volume, e nella linea ascellare misura 16″, nella linea mammillare 14″, nella parasternale 11″, nella mediana 6″, dalla linea alba andando verso sinistra 6″. La milza è molto accresciuta di volume, il suo diametro misura 15 centimetri. Il colon ascendente, il trasverso e lo stomaco sono molto dilatati. — Le orine sono normali, e solo scarseggiano di pigmenti. Nelle fecci si osservano isolette distinte di pus e sangue, e le analoghe reazioni ed il microscopio vi disvelano questi elementi, nonchè molto muco.

Ordinazioni: Bevanda con acido citrico e sciroppo d'alkermes. — Si ripete il decotto di tamarindo con laudano.

Dal 31 Dicembre a tutto il 15 Gennaio è continuata sempre la diarrea, accompagnata da tenesmo e dolori addominali. La prostrazione delle forze si è aumentata, l' appetito ha diminuito. La temperatura nel mattino a 37.°, nella sera è salita costantemente a 38.°. Si sono prescritte le polveri di sotto-nitrato di bismuto ed oppio, e si son fatti clisteri con nitrato d' argento; essendosi però aumentato il tenesmo, gli furono sostituiti i clisteri di decotto d' amido, e il decotto di radice di colombo per uso interno.

16 Gennaio. — Le evacuazioni si sono fatte meno numerose; nella sera la temperatura ha raggiunto 39.° Puls. 110.

17 Gennaio. — Circa le 2 pom. l' infermo ha avuti brividi di freddo della durata di circa un' ora e mezza, a cui ha succeduto discreto calore e tendenza al sonno.

Sera. — Temp. 38.4. Resp. 21. Puls. 100.

18 Gennaio. — All' istess' ora si è ripetuto l'accesso di freddo; la prostrazione delle forze è estrema; non ha mai evacuato il ventre; polsi piccoli, e che scompariscono sotto la più leggera pressione.

20 Gennaio. — Da qualche giorno il malato si lagna di dolore alla punta della spalla sinistra, specialmente nei movimenti di rotazione del tronco. Ieri sera avvertì una leggera esacerbazione di questo dolore, ma nessuna anomalia nell'arto corrispondente. Durante la notte avendo sentito dolore al braccio sinistro, vi ha portata la mano, ed ha avvertito che gli si era tumefatto; da quel momento il gonfiore è andato gradatamente crescendo. Questa mattina osservansi il braccio e la mano notabilmente tumefatti; il colorito ne è rosso-violaceo, e questo coloramento arriva fino al terzo superiore dell' avambraccio; comparando i due arti superiori, formano un mirabile contrasto, l' uno scarno e pallido, l' altro gonfio e cianotico; l' arto infermo è in preda ad un' oscillazione continua; la parte dorsale della mano è come marmorizzata. Le vene più cospicue del braccio e dell' avambraccio sono fortemente distese, come quando si è praticata la strettura per fare il salasso; le più sottili formano un mirabile intreccio. Nella spalla e nella parte superiore del torace notasi il medesimo circolo superficiale, e fra la clavicola e l' ascella le minime vene formano una rete finissima, ma chiaramente visibile; questa circolazione superficiale

Digitized by Google

cessa alla terza costola, e non oltrepassa la linea mediana. In tutti i punti dove trovasi tumefazione, rimangono marcate le impressioni che vi si fanno con le dite, ma specialmente nell'avambraccio. Il malato risente dolore pigiando lungo la parte palmare del braccio, e questo è più intenso man mano che si va verso l'alto, finchè diventa massimo nelle fosse sopra e sotto-clavicolari, le quali sono cresciute allo stesso livello. Palpando sul lato interno del bicipite, si avverte un cordone della grandezza di un tubo di penna, duro, eguale e dolente; al di sopra della clavicola, alla base della iugulare, si sente un'eguale durezza e resistenza. — La iugulare esterna sinistra è molto più tumida della destra, e la tumefazione del segmento inferiore non cessa come a destra facendo una pressione sulla parte di mezzo di essa vena. La parte sinistra della faccia è alquanto tumida; il cavo orbitale destro è più marcato del sinistro. — Ascoltando i tuoni cardiaci, sul ventricolo sinistro il primo tuono ora si sente indebolito, ora non si sente affatto; sul ventricolo destro è distinto solo il secondo; sulle origini delle grandi arterie il secondo è accentuato. Facendo muovere il malato, si ringagliardisce momentaneamente l'azione del cuore, ed allora, benchè debolmente, si ode il primo tuono anche sul ventricolo destro; l'impulso cardiaco è debolissimo e circoscritto. Nella parte destra alla base del collo si sente un rumore di trottola, a sinistra si sente trasmesso il suono del cuore. Sul polmone qualche rantolo secco valvolante.

Temp. presa nel cavo ascellare { a sinistra 35, 4 / a destra 56.

Ordinazione: Pomata mercuriale per frizioni sull'arto malato, e un cataplasma.

Nella giornata non si è avuto l'accesso di freddo come nei giorni precedenti, nella sera non è aumentato nè il gonfiore, nè il dolore del braccio; il malato dice di sentirsi meno prostrato dei giorni antecedenti. — Temp. 37, 8. Resp. 20. Puls. 63.

21 Gennaio. — La iugulare esterna si è fatta dura e tesa sino ad un dito sotto l'angolo della mascella; la mano e la porzione inferiore dell'avambraccio è meno tumefatta; le vene superficiali più tumide; la vena ascellare si sente pure dura e tesa, della grossezza di un dito mignolo. Infossando le mani al di sopra della clavicola destra, si percepisce una pulsazione distinta, mentre niente di ciò si osserva a sinistra. — Nella notte ha evacuato l'alvo due volte; durante il giorno mai. I polsi sono frequenti e piccoli; l'accesso di freddo non si è rinnovato.

Sera — Puls. 110. Resp. 17. Temp. { lato destro 38, 4 / lato sinistro 37, 6

22 Gennaio. — Nell'avambraccio il rossore si è fatto più cupo, e vi sono sparsi punti di emorragia capillare. L'aumento di volume del braccio toglie di poter seguire il corso delle vene obliterate; la circolazione collaterale, rimasta quasi strozzata dall'edema, sembra diminuita. La iugulare esterna è ostruita anche più in alto, e palpandola si sente che il trombo in essa racchiuso termina superiormente in punta. Le vene della parte affetta sono dolentissime lungo il loro decorso. All'apprezzamento della mano il calore della parte malata sembra maggiore di quello della sana. Nella notte si è avuta una deiezione alvina di materie giallastre, costituite in gran parte da residuo di sostanze alimentari con poco muco. Verso il mezzo giorno l'infermo è stato assalito da brividi di freddo, della durata di circa 2 ore e mezza, a cui ha tenuto dietro un forte calore, che ha durato sino a notte.

Mattina. — Temp. { 38, 2 lato destro / 37, 4 lato sinistro

Sera. — Puls. 60. Resp. 20. Temp. { 38, 8 lato destro / 38 lato sinistro

La frizione mercuriale è stata sospesa.

23 Gennaio. — La circolazione collaterale sulla parte superiore del torace sinistro è cresciuta in ampiezza; la iugulare esterna sinistra si è fatta più dolente; il braccio però è meno dolente alla pressione. Verso mezzogiorno accesso di freddo. Al polso qualche volta si avverte come un'oscillazione continua, in modo che riesce impossibile contare le pulsazioni; in qualche momento si regolarizzano, ed allora ascendono a 120. Respirazioni profonde (21). Si è avuta una sola deiezione alvina.

Sera. — Temp. { 39 lato destro / 38, 2 lato sinistro

25 Gennaio. — Il primo tuono sui ventricoli è più netto dei scorsi giorni; l'infermo emette spesso ventosità dall'ano insieme a piccola quantità di fecci; il dolore al braccio si è molto aumentato, e spesso presentansi brividi di freddo; quando prende sonno, il respiro si fa alquanto affannoso; sono state ordinate applicazioni fredde al braccio, che è molto caldo all'apprezzamento della mano, e di un color rosso-sangue. Nella sera in seguito a tale medicatura il malato dice di soffrir meno. Del resto continua il medesimo stato. — Puls. 115. Resp. 21. Temp. 39, 2 lato destro. L'esplorazione della temperatura nel cavo ascellare sinistro si è resa impraticabile.

26 Gennaio. — Nell'accostarsi al letto dell'infermo si sente un odore sgradevole; la mano del lato affetto è fredda ed anestetica sino all'articolazione del polso; il braccio al di sopra è dolentissimo. Il malato però si lagna meno dei giorni antecedenti. Si sono rinnovati i brividi di freddo; la lingua è asciutta. Verso sera la mano si fa più calda e più sensibile, però sull'articolazione falango-metacarpiana del dito medio si osserva una macchia nerastra; le pulsazioni della radiale e della brachiale non si avvertono più nella parte malata. L'infermo non ha forza di espellere poco

Digitized by Google

muco accumulatosi nelle vie aeree. — Puls. 125. Resp. 22. Temp. 39, 6.

Da due giorni si è dato al malato un po' di vino, ed il zavaglione; si sono continuate le applicazioni fredde.

27 Gennaio. — Il dolore sul braccio é aumentato; sulla superficie interna di esso veggonsi sparsi gruppi di vescichette; il trombo nella iugulare esterna è molto ingrandito, però può palparsi la vena senza risvegliare dolore. Affanno di respiro. Si sono avute nella notte due deiezioni alvine. — Puls. 112. Resp. 26. Temp. 39.

28 Genn. — La mano si è fatta di nuovo fredda ed anestetica; anche il braccio è meno caldo di ieri. Polso frequentissimo e tumultuario. — Puls. 120. Resp. 25. Temp. 39.

29 Genn. — Si sono manifestate alcune macchie nerastre anche nel braccio. Lo stato generale di abbattimento del malato è estremo; i lineamenti della faccia sono contrafatti. Il polso sparisce sotto la menoma pressione; il malato risponde tardamente, è molestato da premiti continui, ed emette quasi continuamente tenue quantità di materie fecali. Respiro affannoso. — Puls. 120. Resp. 28. Temp. 38, 6.

Nella sera lo stato del malato è più aggravato, però l'intelligenza si mantiene normale. — Puls. 118. Resp. 28. Temp. 37, 8.

30 Genn. — L'intelligenza si mantiene normale; la fisonomia del malato è però sempre più scomposta. Circa le 5 ¾ pom. si è aumentato l'affanno di respiro; alle ore 6 ha cessato di vivere.

Il Prof. Federici dopo fatto l'esame del malato, stabilì la diagnosi di colite catarrale ulcerativa, ed a tale diagnosi si fece strada con il seguente ragionamento diagnostico:

I disordini funzionali più salienti, quali la diarrea, ecc., che datano da un tempo sì lungo, richiamano l'attenzione particolarmente sugli organi racchiusi nella cavità del ventre, ed in specie sugli intestini. Il processo morboso può qui con sicurezza dirsi che risiede nei crassi, avendo noi i seguenti elementi per poterlo ubicare:

a) Sede di un dolore oscuro lungo il decorso dei crassi; nell'enterite dei tenui infatti abbiamo quasi costantemente dolore attorno all'ombelico, mentre nella colite troviamo il dolore più vivo lungo il tragitto del colon, e specialmente in corrispondenza del cieco e dell'*S* iliaca, dove le alterazioni anatomiche sono sempre più considerevoli, soffermandosi più a lungo in esse parti le materie fecali.

b) Qualità delle materie fecali; nella diarrea che ha la sua condizione anatomica sugli intestini tenui, le fecci sono sempre sierose, o contengono alimenti appena digeriti, poichè le sostanze alimentari, passate dallo stomaco e dal duodeno nel tratto intestinale malato, vengono subito eliminate senza aver tempo di poter cedere all'organismo la loro parte fluida mercè l'assorbimento, che per la più gran parte si effettua nei tenui; nella diarrea poi che si ha nelle malattie del crasso, le fecci contengono preferentemente muco o muco-pus, mentre comparativamente sono più dense, e scarseggiano di siero.

c) Tenesmo che accompagna le deiezioni alvine; ciò sta sempre ad indicare una malattia del crasso, mentre mai accompagna la diarrea, che ha la sua ragione di essere nei tenui; ed anzi indica preferentemente, che l'alterazione esiste anche nel colon discendente e nell'*S* iliaca, potendo spesso mancare, quando siano affette soltanto le parti più remote del crasso.

Rapporto alla natura del processo morboso, la qualità delle fecci ne fa escludere la colite cruposa e la difterica; la sede già determinata non favorisce certamente l'idea di tubercoli intestinali, perchè la tubercolosi investe sempre l'ileo. La tubercolosi del peritoneo viene pure con facilità eliminata, quand'anche possa molto volentieri sospettarsi la ripetizione di un processo che esiste nel polmone, e perchè mancano essudazioni sì libere che saccate, e perchè manca quel segno, di cui noi facciamo molto conto, e che ci dà indizio d'aderenze fra la lamina parietale con la viscerale, cioè il sollevamento e l'abbassamento delle pareti del ventre, che si opera tutto ad un tratto sotto gli atti respiratori. La degenerazione amiloide dei vasi intestinali rimane parimente esclusa, ricordando che questa mai suscita dolori, tenesmo, e perdita di sangue, e che è preceduta da una simile alterazione dei reni, la cui presenza si sarebbe riconosciuta quando fu esaminata l'orina. Ne rimangono dunque il catarro e l'infiammazione catarrale dei crassi; giacchè noi ammettiamo distinguibile clinicamente questi due processi, che sono stati distinti anatomicamente anche dal Virchow, valendoci a ciò di un segno caratteristico, cioè la febbre, che accompagna quasi sempre solo l'ultimo degli indicati due processi morbosi. Non occorre dire quanta sia l'importanza prognostica di questa distinzione, poichè mentre una semplice iperemia con trasudato libero non offre un pericolo serio, un processo flogistico, benchè pure con essudazione libera, riesce sempre più funesto in vista della febbre che lo accompagna, e che contribuisce in gran parte a gettare nel marasmo l'infermo, come vediamo esser già accaduto nel nostro malato. — Nel nostro caso devesi pertanto ammettere un'infiammazione catarrale dei crassi, poichè specialmente nella sera troviamo temperatura febbrile.

Così anche la durata del processo, e l'aver osservato che talvolta nelle fecci del malato veggonsi distinte isole di pus e sangue, ci fa credere che sieno avvenute le conseguenze più naturali della colite catarrale, vale a dire le ulcerazioni

Digitized by Google

Quando queste mancano, il sangue che si rinviene nelle fecci non è mai così distinto come nel nostro caso, ma invece è contemperato al muco come negli escreati pneumonici. — La diagnosi di *colite catarrale ulcerativa* discende naturalmente dalle fatte considerazioni.

I fenomeni sopraggiunti nel 20 Gennaio fecero riconoscere immediatamente l'occlusione di una grande vena; si stabilì che fosse occlusa primitivamente la succlavia sinistra per le seguenti considerazioni:

1.° Per la sede del dolore, che era massimo alla pressione nelle fosse sopra e sotto-clavicolari.

2.° Per la occlusione della iugulare esterna, causata dall' impedito deflusso del suo contenuto nella succlavia ostrutta.

3.° Per la circolazione collaterale formatasi nella sommità del petto dal lato corrispondente.

Il trombo in sul principio non dovette estendersi molto più innanzi dello sbocco della iugulare esterna, giacchè mancavano tutti i sintomi di impedito deflusso del sangue della vena iugulare profonda, il che sarebbe accaduto qualora il trombo si fosse formato su più grande estensione verso il tronco anonimo. È ben vero che anche la chiusura della iugulare profonda può facilmente compensarsi, ma un tale compenso avviene solo quando l' obliterazione succede gradatamente, e non repentinamente, come sarebbe avvenuto nel nostro caso.

Rapporto alla derivazione della trombosi, si accennò alle sue cause ordinarie, che potevano riassumersi *nel marasmo*, nella *compressione* e nella *flebite primitiva*; si disse che non poteva ritenersi il presente caso per una trombosi marantica, in vista della sede della malattia posta in tale vicinanza del cuore, da rendersi pressochè impossibile una stasi per il solo fatto della debolezza delle azioni cardiaco-vascolari; così ancora parve eliminabile abbastanza una trombosi per compressione, mancando tutti i segni diretti, che avessero potuto farla supporre; rimase la trombosi per flebite primitiva, ma vista l' estrema rarità del caso, impugnata anzi quasi del tutto dagli anatomo-patologi moderni, rimase indecisa la causa, che avrebbe potuto determinare il trombo.

Fu fatta quindi soltanto diagnosi di trombosi primitiva della succlavia sinistra per cause sconosciute e forse complesse.

Il giorno 1 Febbraio si praticò l' autopsia, e ne raccogliemmo il seguente *reperto anatomico*.

Cadavere magro, musculatura poco evidente; rigidità cadaverica cessata; una striscia di color verde appare sulle pareti del ventre nella direzione dell' intestino crasso; l' arto superiore sinistro è tumefatto, nell' avambraccio rossore diffuso, nella mano e nel braccio disposto a chiazze; sull' articolazione falango-metacarpiana del dito medio un' escara cangrenosa della lunghezza di 2″ e della larghezza di 1″; lungo il braccio le vene più cospicue appariscono come cordoni duri e turchinicci. Il braccio nella sua maggior grossezza ha 25″ di circonferenza, l' avambraccio al suo terzo medio 22″, ed un pollice sotto l' articolazione 25 centimetri.

Aperta la cavità del ventre, si osserva che la parte superiore è occupata quasi in tutta la sua totalità dallo stomaco enormemente dilatato; il fegato è spinto in alto, e nella linea emiclavicolare arriva col suo margine libero al margine della 6.ª costola. Il colon trasverso, che si adatta alla curva dello stomaco, e le altre parti del crasso, sono di color rosso-scuro, con macchie color lavagna; l' ileo è più rosso del digiuno; vasi mesenterici iniettati; glandole del mesocolon ingrossate, le pareti del crasso sono più resistenti e più grosse del normale, e specialmente verso la sua sezione inferiore; le sue tuniche sono nettamente distinte fra di loro; le pareti del tenue sono estremamente assottigliate. Nella mucosa del crasso, che ha un aspetto mammellonato, si può radere una materia grigiastra, cremosa, abbondante; la superficie, che ne resta allo scoperto, è di color grigio-lavagna, e vi si trovano qua e là soluzioni di continuo ricoperte con l' accennata materia grigiastra, che qualche volta aderisce ai margini ed al fondo dell' ulcera. La maggior parte di queste ulceri sono di figura rotonda e della grandezza di una lenticchia, e stanno nel centro di quelle rilevatezze, che danno alla mucosa un aspetto mammellonato; altre hanno un mezzo centimetro di diametro, e margini sporgenti crateriformi; ed altre infine più grandi, di un centimetro di diametro, situate nella parte inferiore del crasso, hanno margini tagliati a picco, non infiltrati, e distaccabili facilmente dalla tunica sottoposta; in alcune di esse ulceri veggonsi piccoli grumi di sangue; non vi ha tratto del crasso dell' estensione di 2-3 centim., che sia privo di queste ulcerazioni; il cieco e la *S* iliaca sono i punti più alterati; il meno alterato è il retto. L' estrema porzione dell' ileo è rossa, ma senza lesioni di continuità.

Nel fegato, milza e reni non si è rinvenuta alcuna alterazione, che meriti di esser menzionata.

Il polmone sinistro nel suo lobo superiore rimane gonfio, resistente, non crepitante sotto il taglio; è costituito in gran parte da noduli caseosi incapsulati come in cisti fibrose, di cui alcune sono piene di materia calcare; in questo lobo superiore vi sono anche alcune piccole caverne a pareti liscie e sparse di macchiette giallastre. Le lamine pleurali sì a destra che a sinistra aderiscono fra di loro; a sinistra poi il lobo infiltrato veniva stirato verso il mezzo in modo da adattarsi alla curva, che fa la vena innominata sinistra in corrispondenza dell' articolazione clavicolo-sternale.

Digitized by Google

Il cuore è flaccido, le pareti del ventricolo sinistro sono grosse 11‴, quelle del destro 3 ½‴; valvole normali; un piccolo coagulo nell'orecchietta sinistra, uno più grande nel ventricolo destro, che si protende per la lunghezza di un decimetro nell'arteria polmonare.

Nella cavità del cranio nulla di rimarchevole, tranne l'iniezione dei vasi del cervello, ed un coagulo non aderente alle pareti del seno longitudinale.

Il braccio sinistro, spogliato del suo integumento, presenta tutte le sue vene rigonfie, di color turchino-scure, o dure, specialmente avvicinandosi alla succlavia. La brachiale, la profonda del braccio e l'ascellare presentano nodosità di colore più oscuro corrispondentemente alle loro valvole; le vene toraciche sono pure distese, dure e nodose. La succlavia dal punto dove imbocca la cefalica, a quello dove sbocca la iugulare esterna, è molto più dura e resistente che le altre vene descritte; per uno spazio di circa 1 ½ centim. è convertita come in un cordone fibroso, e la sua superficie è ineguale e biancastra; nella parte di vena compresa tra le due iugulari la consistenza è minore; alla distanza di 2 ½″ dallo sbocco della iugulare profonda, procedendo verso la cava, la vena è vuota e le sue pareti fisiologiche.

Aperte le vene superficiali, dalla maggior parte di esse esce un coagulo rosso, che facilmente si squaglia; la succlavia contiene un trombo nell'interno un po' rammollito, ed aderente alla parete della vena, che è liscia ed uniformemente rossa; esse trombo verso l'innominata termina con un estremo biancastro, assottigliato e rotondo; nelle due iugulari trovansi trombi eguali, che terminano verso l'angolo della mascella parimenti in punta arrotondata; nell'ascellare, cefalica e basilica trovansi pure coaguli più o meno tenaci, dove aderenti e dove no, alcuni contenenti nel loro interno una materia biancastra, ed altri un sangue facilmente squagliabile; le pareti di quasi tutte le vene trombosate dopo toltone il coagulo non si accasciano, ma rimangono beanti a somiglianza delle arterie; le tuniche sono ingrossate e stridenti sotto il taglio, la cui superficie è biancastra; tali alterazioni sono più notevoli nella succlavia, la quale nella superficie esteriore, aderente tenacemente al tessuto connettivo edematoso che la circonda, offre delle rilevatezze dure e stridenti sotto l'incisione. Le valvole delle vene sono dilatate; una di esse nella vena ascellare misura in lunghezza 21‴ e in larghezza 9‴.

L'esame microscopico delle pareti delle vene principalmente malate vi ha disvelato i caratteri dell'infiammazione parenchimatosa.

Il trovato anatomico ha dunque confermata perfettamente la diagnosi di colite ulcerativa, non che quella di trombosi formatasi originariamente nella succlavia, giacchè per quest'ultimo fatto parlavano, e la natura del trombo in quella località, e la sua aderenza con le pareti della vena, e l'ingrossamento delle pareti venose molto più notevole in questo punto, che in qualunque altro delle vene trombosate; in una parola tutto sta a dimostrare, che il punto trombosato più antico è stato quel tratto di vena succlavia, che passa tra l'imboccatura della cefalica e quella della iugulare esteriore.

La causa di esso trombo è stata però una flebite primitiva? Il reperto anatomico su ciò può spandere solo poca luce, giacchè come vi ha una flebite che origina il trombo (flebite obliterante), così vi ha una flebite originata dal trombo avvenuto per altre cagioni, ed anzi questa è la più frequente. Nel fare la diagnosi fu eliminata la trombosi marantica, e quella da compressione, per ragioni atte ad escluderle prese isolatamente; ma la causa del processo morboso, che abbiamo dovuto trattare, non può esser complessa tanto, da avervi concorso l'unione di diversi elementi causali? Io credo di sì; e prima per provare tale asserto analizziamo quale potrebbe esser stata la causa della flebite, posto che da questa sola si dovesse ripetere la formazione del trombo; cerchiamo cioè se la flebite poteva insorgere primitivamente nel nostro caso, ed esser la causa unica dell'obliterazione della vena.

La flebite può succedere

1.° Per trauma.
2.° Per propagazione di altri processi morbosi (ulcerazioni, neoformazioni, infiammazioni cancrenose).
3.° Puo esser idiopatica o reumatica (Mackenzie).
4.° » pioemica.
5.° » puerperale.
6.° » gottosa (James Paget).
7.° Può infine dipendere da trombosi primitiva.

Nel nostro caso non eravi trauma, non focolaio da dare origine alla pioemia, nè il reperto anatomico ci ha dato indizio di diffusione di alcun altro processo morboso; la flebite reumatica e gottosa non avevano ragione di essere nel nostro malato, in cui mancavano tutti i segni, che valessero a caratterizzare qualunque di queste due diatesi; e poi in tali casi il tronco venoso più grande, che si sia trovato affetto, è stato l'ascellare (1), e finisce quasi sempre con la guarigione, se pur non avviene embolismo dell'arteria polmonare. — Ma ammesso anche che qualche altra causa a noi incognita avesse potuto determinare primitivamente l'infiammazione della succlavia, la flebite di una grande vena può improvvisamente dar luogo alla formazione di un trombo, o piuttosto questo non deve formarsi gradatamente? Io credo più

(1) Schmidt's Jahrbücher ecc. Bd. 134, N. 2.

Digitized by Google

probabile quest' ultimo caso, ed allora anche la stasi venosa dovrebbe incominciare a gradi, e dovrebbe manifestarsi con intensità di sintomi sempre crescente. Un trombo improvviso io credo che non possa avvenire altro che nel marasmo, giacchè anche la trombosi per compressione, quando la causa efficiente non sia fuori dell' organismo, deve operarsi a gradi, ed a gradi dar segno di sè. A questo aggiungi che la flebite origina la trombosi solo quando sulla superficie interna del vaso si sono formate ineguaglianze ecc. (Virchow), e questo non era punto il nostro caso, poichè la superficie interna era arrossata, ma perfettamente liscia. Un unico segno trovammo nel nostro malato, che ci potesse far credere alla flebite primitiva, cioè il dolore che da qualche giorno l'infermo accusava alla punta della spalla; ma tal dolore non era forse collegato ad un processo morboso incominciato nella succlavia, giacchè allora piuttosto si sarebbe dovuto avere nella fossa sopra e sotto clavicolare, come avvenne più tardi, quando realmente la esistenza della flebite era incontestabile. — La flebite dunque nel nostro caso non poteva essere che secondaria al trombo formatosi per altre cagioni.

D' altra parte se anche noi non crediamo che o il marasmo o la compressione abbia potuto per sè solo causare la trombosi, ammettendo che più momenti abbiano concorso a quest' effetto ci sembra di dare la spiegazione più giusta. Se ammettiamo che l' apice del polmone sinistro indurito per noccioli caseosi e cretacei, e che vedemmo nel cadavere adattarsi completamente alla curva dell'innominata in corrispondenza dell' artic. clav. sternale, fosse spinto alquanto in alto dallo stomaco enormemente dilatato, in modo da comprimere anche leggermente il tronco venoso, ciò non avrebbe certamente valuto a determinare una trombosi per compressione; ma se ammettiamo ancora, che il malato nella notte del 20 Dicembre dormisse sul lato sinistro (come infatti successe, tantochè l' infermo nello svegliarsi credette il braccio indolito per avervi dormito sopra), ed allora calcolando la debolezza estrema delle forze cardiaco-vascolari, la maggior resistenza che doveva incontrare il sangue per salire nella cava stante la posizione dell' infermo, la leggiera compressione esercitata sull' innominata dall' apice del polmone indurito, e valevole in parte a ritardare sempre più la circolazione venosa, facilmente ne sarà dato concepire la formazione del trombo, che ci pare doversi piuttosto appellare *marantico*, dall' avere principalmente il marasmo tenuto il primo posto fra i suoi momenti causali. Fa obiezione alla nostra idea la vicinanza della vena trombosata al cuore, e l' esser rimaste pervie le vene degli arti inferiori; però crediamo che nel nostro caso non possa aver fatto ostacolo alla formazione del trombo la forza di suzione dell'orecchietta venosa, poichè anche questa doveva esser diminuita, quando anche i ventricoli trovavansi talmente privi di forza, da non farci sentire affatto o debolmente i tuoni auricolo-ventricolari. Che il trombo sia avvenuto piuttosto nella succlavia che nelle vene degli arti inferiori, può esser accadnto perchè nella succlavia il sangue trovava un ostacolo maggiore, per la compressione sull' innominata, per la sua direzione ascendente in senso verticale, in vista della posizione tenuta in quel momento dall' infermo, mentre le vene degli arti inferiori, situate in posizione orizzontale, benchè più lontane, potevano più facilmente scaricarsi nella cava; a tutto questo aggiungiamo, che durante il sonno sono molto più frequenti i movimenti delle gambe che quelli delle braccie, e la contrazione muscolare sappiamo esser uno dei più importanti elementi, che affrettano la circolazione venosa.

Stomatite gangrenosa; edema della glottide; morte per asfissia

PEL

Dott. TEMISTOCLE SANTOPADRE

Medico-Chirurgo condotto di Castrocaro.

Il giorno 6 Aprile 1868 p. p. fui chiamato a visitare Giovanna P. dell' età di anni 70, nativa di Faenza, dimorante in Castrocaro. Osservatala in letto, aveva la metà inferiore della faccia coperta da fascie, pallido il volto, infossati gli occhi, e di tratto in tratto si osservavano delle contratture muscolari alle gote. L' aspetto di quella donna era talmente atteggiato a profonda tristezza, da far conoscere, essersi sviluppato nel suo organismo qualche grave processo morboso. — Richiesta dei suoi patimenti, incerta rispose. Nel tempo stesso si portò la mano alla bocca per indicarmi la sede dei suoi dolori. — Rimosse le fascie, osservai quanto segue:

Il labbro inferiore era enormemente tumefatto e sporgente, e presentava qua e là tanto alla cute, quanto sulla mucosa, delle vesciche più o meno grandi, contenenti un siero color di sangue; era indolente alla pressione. Il colore della cute era rosso-scuro, azzurognolo e in qualche punto nero. — Un colore rosso-iperemico presentava la cute del mento e delle regioni anteriori e laterali del collo. — Le parotidi erano tumefatte, e tale gonfiore impediva al mascellare inferiore d' allontanarsi dal superiore non più che di un centimetro. Appressato un cerino acceso alla bocca, ed abbassato con una spatola d' argento il lab-

Digitized by Google

bro, appariva il bordo mascellare inferiore asperso di pus, presentante punti neri ed altri di colore lividastro; i denti erano rari, e toccati con sottile pinzetta si mostravano vacillanti; alcuni alveoli, non coperti da mucosa gengivale, davano a conoscere essere stati, da poco tempo abbandonati dai loro rispettivi denti. Nella mucosa gengivale esterna, nel centro di un fosco rossore, si osservava misto al pus del sangue nero coagulato, ed alcune limitate perdite di sostanza. La lingua ingrandita presentava essa pure una tinta rôsso-oscura, e la sua punta, lievemente screpolata, era aspersa da tenace e sanguinolento essudato. Non mi era facile l'osservare la retrobocca, perchè da un lato l'allontanamento dei mascellari era impedito dalle parotidi tumefatte; dall'altro, perchè la lingua ingrandita occupava ogni spazio della cavità orale. L'alito di questa donna tramandava nauseante fetore.

Rispetto agli organi respiratori e del circolo, sebbene l'ispezione, il palpamento e la percussione offrissero dati negativi, l'ascoltazione palesava un indebolimento nel murmure respiratorio ed un rallentamento dei battiti cardiaci. A questo fenomeno rispondeva esattamente l'esame della radiale, e abbenchè al minuto primo le pulsazioni raggiungessero la cifra 60, pure la temperatura era in aumento, ed il centigrado di Celsio applicato all'ascella dopo 16 minuti segnava 39.

Da parte degli organi chiusi nel cavo addominale nessuna anomalia; non meteorismo, non dolori, non molesta sensazione al palpamento, non parziali tumefazioni nei diversi quadranti delle due zone addominali. E se i fenomeni fisici non accennavano ad alterazioni materiali apprezzabili del tubo gastro-enterico o delle vie orinarie o degli organi epatico e splenico, ben lo avrebbero potuto i fenomeni razionali, quali il vomito, le evacuazioni alvine liquide ecc.; ma nulla nell'inferma parlava in favore di qualche squilibrio nelle funzioni dei visceri citati. Dal che chiaro appariva, le alterazioni morbose essere puramente locali, nè collegate a processo generale; e se esisteva la febbre, bisognava derivarla dalle prime puramente ed esclusivamente.

Quanto poi al passato dell'inferma mi veniva riferito, che fu donna sempre robusta, e che il decorso della sua vita non fu mai turbato da alterazioni funzionali od organiche. Solo in sul finire di Marzo del suddetto anno cominciò ad avvertire un dolore al mascellare inferiore sinistro per carie di un dente; l'egra per trovare un sollievo alle sue pene, si fece ad interpellare alcune donnicciuole, che le prescrissero differenti miscugli, ma tutti inutili. E purtroppo in molti Comuni il Medico è attraversato nella santità della sua missione da queste donne, le quali con le loro ridicole superstizioni danno luogo a mille inconvenienti, cui sarebbe nell'interesse dei Municipii di prevenire anzichè tollerare. Ma tornando al caso in discorso aggiungerò, che il dolore al dente cariato aumentava d'intensità, ed obbligava l'inferma a passare molte notti insonne. In quel torno un uomo di sua famiglia, recatosi nella vicina città di Faenza, fu attratto dalla vista di un cerretano, il quale presentava al pubblico straordinario numero di diplomi, e mescugli di vario genere, che egli garantiva come specifici di tutti i mali; e siccome il volgo accarezza chi meglio l'inganna, moltitudine di gente faceva corona all'estraneo. Al buon uomo vennero tosto in mente le sofferenze della G., e credendo aver trovata l'ancora della sua salvezza, fece acquisto di una di quelle boccette, e reduce a casa consegnò all'inferma il misterioso medicamento, che essa portò in piccola dose sul punto dolente. Non appena il detto mescuglio fu a contatto della mucosa gengivale, suscitò sì vivo bruciore, che la donna lo sputò immediatamente, dicendo che era tanto amaro da sembrarle veleno. Il bruciore poco dopo calmò. Alla sera si presentò un violento accesso di freddo e febbre, alla quale si associò una cefalea gravativa ed un molesto dolore alle regioni parotidee. La sua figlia avendo saputo come il medicamento fosse preconizzato utile per vincere altri dolori, si fece ad ungere con quello le regioni anteriore e laterale del collo; ma non tardò guari che la cute di questo acquistò vivo rossore, dando all'inferma un insopportabile senso di calore. Si fu allora che le parotidi divennero gonfie, che il labbro inferiore si fece rosso e turgido, che apparì insomma il complesso dei sintomi suaccennati, a combattere i quali decisero chiamarmi.

Dietro la rassegna dei fenomeni fisici ed anamnestici mi era lecito pensare, che quelle lesioni, che occupavano la regione del mascellare inferiore, fossero effetto di un qualche veleno; stantechè un processo patologico spontaneo non poteva in quei tessuti determinare tali disordini; e quella sindrome fenomenica mi conduceva alla diagnosi di una stomatite gangrenosa, la quale non era dato confodere con altre affezioni della cavità orale originatesi spontaneamente.

Difatti a mio avviso veniva primieramente esclusa la esistenza dello scorbuto, che era l'affezione che poteva più facilmente presentare, a decorso avanzato, quell'apparato di sintomi; e in vero sarebbe stato necessario un dato tempo a fare acquistare alle gengive nelle affezioni scorbutiche della bocca quella enorme tumefazione, per la quale si sollevano al disopra dei denti a mo' di tumori fungosi, che poscia, e per la pressione dei denti, e per la straordinaria tensione delle parti infiltrate del loro tessuto, cadono in necrosi, e lasciano irregolari perdite di sostanza. Lo scorbuto non era dunque d'ammettersi, perchè essendo esso un' anomalia di nutrizione particolare dipendente da un perturbamento della crasi

Digitized by Google

sanguigna, non poteva conciliarsi colla florida salute dell' inferma; e perchè mancavano quelle cause, che sogliono produrre la malattia in discorso, quali ad esempio la navigazione prolungata sotto un clima freddo, l' esclusivo vitto di verdure, la dimora in abitazioni sotterranee, fredde ed umide, i patemi d' animo infine, che deprimendo l' organismo, avrebbero potuto in qualche modo alterarne la crasi del sangue. Lo scorbuto inoltre veniva escluso eziandio per la mancanza della grande stanchezza, dell' abbattimento morale, dell' estrema paura, dello scoraggiamento, dei dolori puntori all' estremità e alle articolazioni, delle effusioni sanguigne nel tessuto cutaneo degli arti e delle altre regioni del corpo (purpura bullosa, pemfigo scorbutico), e degli essudati fibrinosi infine, che si manifestano ordinariamente nel tessuto connettivo sottocutaneo ed intermuscolare.

Convintomi in seguito delle citate riflessioni, non si potesse trattare di un' affezione scorbutica, mi si affacciava alla mente l'idea di una stomatite mercuriale, possibile a riscontrarsi dietro l' uso di una qualche unzione con pomata idrargirica; e fatte alcune ricerche sull' ignota composizione del medicamento acquistato dal cerretano, mi venne presentata una boccettina contenente una sostanza molle, untuosa, inodora, di colore verde-oscuro, che ad un semplice esame fisico pareva escludere l' esistenza di un preparato mercuriale. È naturale poi che l'inferma, come fece a me ricorso all' *insorgere* della gangrena, così avrebbe fatto eziandio, se avesse preesistito la stomatite mercuriale, conciossiachè tanto l' una che l' altra malattia, abbenchè molto diverse nell' essenza, sogliono però decorrere con fenomeni morbosi pressochè identici. Nella stomatite mercuriale infatti, come nella gangrenosa, esistono la febbre, l' agitazione, l' abbattimento, lo spavento. Nell'una e nell' altra è impedito l' allontanamento del mascellare inferiore dal superiore, la favella è imbarazzata, la lingua tumefatta ed inceppata nei suoi movimenti. Esiste in questa come in quella la tumefazione delle glandule sotto-mascellari e sotto-linguali, l' ingorgo delle parotidi, l' intenso bruciore e l' aumentata salivazione. La differenza però sta nei caratteri fisici, i quali nel decorso acuto della stomatite mercuriale consistono nel rilasciamento delle gengive, che presentano un livido margine tendente in qualche punto al bianco, e nella formazione di un essudato cruposo, circoscritto in diversi punti della mucosa labio-gengivale; mentre nella stomatite gangrenosa, essendo le parti ricche di sangue, nasce una dissoluzione nei globuli sanguigni, la di cui ematina, penetrando nei tessuti, vi forma quelle false edematose tumefazioni di colore rosso o quel coloramento bruno e livido, che si riscontrava nel labbro inferiore e nella mucosa labio-gengivale del mascellare inferiore della nostra inferma, effetto della imbibizione della stessa ematina. Aggiungi i focolai purulenti e il detrito molecolare, che non accompagnano certamente il decorso acuto di una stomatite mercuriale.

Nella ipotesi che il processo gangrenoso fosse insorto per l' uso di sostanza venefica, era mestieri per quanto fosse possibile conoscerne la natura, e se oltre all' avere operato alla superficie, fosse stata assorbita o introdotta nello stomaco. I guasti parlavano per una sostanza di natura irritante. Non poteva infatti essere un veleno di azione narcotica, perchè mancanti il torpore, la sonnolenza, le bizzarre allucinazioni della vista e dell' udito, gli atroci dolori, le convulsioni, le paralisi, le nausee e i vomiti. Un veleno caustico, che fosse stato inghiottito e introdotto nello stomaco, doveva originare nell' inferma un senso di bruciore e di contrattura lungo la faringe e l' esofago o alla regione epigastrica o nei diversi quadranti dell' addome. Vi dovevano essere le nausee, i vomiti sanguinolenti, il tenesmo, la diarrea, la disuria. La mancanza adunque di questi fenomeni escludeva tanto la presenza di qualche sostanza venefica nello stomaco, quanto l' assorbimento, perchè un veleno entrato nel torrente della circolazione doveva suscitare contratture, paralisi, delirio ecc.

La prognosi nel nostro caso non poteva essere che molto riservata, e ciò non tanto per la natura delle disorganizzazioni e per la loro estensione, quanto per la sede. Se quelle medesime alterazioni di struttura, che io ebbi ad osservare nel labbro inferiore della G. e nell'interno della bocca, le avessi riscontrate in altre località esterne del suo corpo, agli arti per es., non avrei certamente fatta una prognosi assolutamente favorevole, ma avrei molto sperato, poichè se da un lato poteva temere che dalla sede della mortificazione fossero dei prodotti della medesima penetrati nel torrente circolatorio a generare quei guasti, che tutti conoscono, dall' altro canto, non essendo molto frequenti tali accidenti, io mi vedeva in possesso di mezzi terapeutici molto energici e di grande risorsa, come il fuoco ed il ferro, per agire sopra il punto cancrenoso; ma là nell' interno della bocca, dove era impedito per la tumefazione delle parotidi e per l' ingrossamento della lingua il dominare l' estensione del male, io non poteva certamente lusingarmi di avere un esito propizio. La materia icorosa continuamente segregata, introdotta nello stomaco, poteva dar luogo a gravi disturbi, o la lingua tumefatta poteva impedire l' elevamento dell' epiglottide e minacciare la soffocazione, oppure alla glottide poteva estendersi il processo irritativo, suscitandovi un edema acuto, o la distruzione poteva estendersi alla retrobocca e originare guasti irreparabili. Per molte vie insomma io vedeva per l' inferma aperta la porta del sepolcro.

Digitized by Google

Una tale prognosi mi spingeva a ricorrere senza indugio a metodo conveniente di cura. Prescrissi quindi dei bagni sul labbro inferiore con acqua fenicata, colla formula che segue: P. Acido fenico cristallizzato gram. 5, Acqua distillata gram. 250. — Lozioni della bocca con decozione satura di corteccia di china. — E siccome l'inferma aveva bisogno di nutrimento, e si rifiutava d'ingoiare la più piccola quantità di liquido, perchè non poteva deglutire, ordinai dei clisteri nutrienti.

Alle 12 merid. del 6 l'inferma sembrava alquanto sollevata.

Alla sera le parotidi erano leggermente detumefatte. Il processo di mortificazione non aveva oltrepassati i limiti del mattino. Nell'interno della bocca nessuna modificazione, l'inferma accusava della sete, ed in giornata aveva preso un poco di brodo. La deglutizione sempre difficile. Ebbe un evacuazione alvina regolare. — L'orina non presentò alcuna alterazione nei caratteri fisico-chimici.

Al mattino del 7 i fenomeni riferibili al sistema nervoso erano sensibilmente diminuiti; la parola tarda, ma franca ed intelligibile; chiamata ad alta voce, non dava segno di udire. Il suono della voce debole, rauco. Di tratto in tratto brevi accessi di tosse superficiale. La respirazione breve, irregolare, stertorosa, sibilante, ed il sibilo era tale, che rammentava il rumore caratteristico del croup dei bambini. Forte ambascia. — L'inferma volgeva errante per ogni dove lo sguardo, e tentava levarsi dal letto portando convulsivamente le mani alla gola. Il colorito del volto rosso, gli occhi infossati, cianosi alle gote, gonfie ed ondulanti le giugulari. Il polso era piccolo, celere, filiforme, disuguale, intermittente, e dava 100 battute al minuto primo; la temp. 40. Le orine scarse, concentrate, di colore rosso mattone, fortemente acide. — Evacuazioni alvine nessuna. — Applicato lo stetoscopio alla laringe, durante l'inspirazione e l'espirazione si udiva un marcatissimo sibilo. — L'esame del torace al palpamento presentò ingagliardito l'impulso cardiaco; all'ascoltazione rantoli mucosi scarsi, e rantoli sibilanti. — L'addome alquanto tumefatto nella zona inferiore, indolente spontaneamente ed alla pressione.

Interrogate le persone di sua casa, seppi che quel peggioramento si era presentato alla mezzanotte.

Che pensare di quella dispnea vieppiù crescente e di quel forte ostacolo alla respirazione?

Io non vedeva che una dolorosa conferma al mio giusto timore, che cioè il processo irritativo, diffondendosi alla retrobocca, avesse potuto originare l'edema della glottide. E questo mi rendeva ragione del gonfiamento delle giugulari, dell'ortopnea, della cianosi ecc. E non poteva essere altro che un edema, giacchè una rapida rivista di tutti i processi morbosi, che avrebbero potuto dar luogo al quadro sintomatico offerto dalla paziente, mi faceva escludere tanto il catarro acuto della laringe, — nel quale il tessuto sotto-mucoso, non essendo quasi mai infiltrato, e perciò quasi mai di molto rigonfio, o non essendo sufficiente tale tumefazione ad impedire l'entrata dell'aria, è sempre mancante un'ortopnea notevole e continua; — quanto il croup, che tanto assomiglia all'edema della glottide, poichè è a conoscenza di tutti, assalire il croup quasi esclusivamente i fanciulli. — La laringostenosi da neoplasmi laringei pure veniva esclusa, perchè l'inferma da poche ore era stata assalita da quella dispnea, mentre prima della stomatite gangrenosa aveva goduto sempre di buona salute. — Per questo dato anamnestico veniva pure eliminata la pericondrite laringea. — Come tutte le neurosi, il laringismo stridulo o spasmo della glottide presentando degli accessi seguiti da liberi intervalli, la continuità nel nostro caso di quei fenomeni, che sono simili nello spasmo e nell'edema della glottide, lo escludevano affatto. — Da ultimo l'esame del torace faceva respingere l'idea, che una affezione dei visceri contenutivi producesse i descritti fenomeni.

Dunque non poteva supporsi che l'edema della glottide, e la supposizione si sarebbe convertita in certezza, qualora mi fosse stato possibile ispezionare la base della lingua; ma i guasti organici della bocca, l'impedimento ad aprirla dato dalla tumefazione delle parotidi, l'ingrandimento della lingua, impedivano di vedere, di toccare e di eseguire una cura locale rapporto all'edema.

Alla sera del 7 nessun cambiamento nello stato locale. La gangrena non aveva progredito. L'inferma però era in profondo sopore, ed aveva pallido il volto. Scossa da quel letargo, lo sguardo si presentava languido e sonnolento; freddo sudore alla fronte; singhiozzo; la respirazione era lenta e breve; non eravi tosse.

Alle ore 11 pom. apparvero involontarie evacuazioni alvine, sussulti tendinei, rantolo tracheale. La temperatura a 40; il polso piccolo, impercettibile, intermittente, disuguale. — Furono applicati i senapismi ed altri mezzi esterni irritanti la cute, ma nulla valse a scuotere la moribonda. L'agonia fu lunga, e la morte avvenne alle ore 6 antim. del giorno 8, coi fenomeni d'insufficiente ossigenazione del sangue.

L'analisi chimica della pomata, fatta eseguire dal R. Tribunale Correzionale di Rocca S. Casciano a due distinti Chimici, rivelò la presenza in essa dell'*acido rameico* (ossido rameico?) (1) in dose elevata.

---

(1) Senza menomamente contrastare al giudizio emesso dai signori Periti Chimici sulla presenza dell'ossido rameico, noi però considerando il quadro degli effetti fisiologici di carattere abbastanza violento, prodotto anche su parti este-

Digitized by Google

Necroscopia. — Il cadavere fu aperto, presenti due Giudici e l'Ecc.mo Sig. Dott. G. Vaccari.

Statura metri 1 e 62. — Il colorito della cute bianco-sporco. — Macchie ecchimotiche alla parte posteriore del tronco, del capo e degli arti (ipostasi cadaverica). — Pannicolo adiposo scarso. — Muscoli e scheletro robusti. — Rigidità cadaverica.

Occhi infossati. — Palpebre socchiuse. — Sclerotiche bianco-opache. Le cornee sembravano ricoperte da una tela vischiosa. — Le pupille presentavano un'uguale e moderata dilatazione.

Alla regione mascellare inferiore ecchimosi diffuse di varia dimensione. Un colore rosso-cupo si presentava alle regioni laterali e anteriore del collo.

Il labbro inferiore molto tumefatto, scolorato in alcuni punti, in altri offriva un colore grigio ed anche nero. Presentava delle parziali distruzioni variabilissime per estensione e profondità. Bocca semi-aperta.

Il torace egualmente arcuato a destra e sinistra.

Addome molto gonfio, di figura esagonale, di conformazione globosa. Alla percussione, iperfonesi timpanica rilevante in tutti i quadranti (enorme raccolta di gas).

Inciso nella sua parte mediana il labbro inferiore in tutta la sua spessezza, alle superfici risultanti dal taglio si presentarono disseminati e copiosi focolai di liquame purulento. Il tessuto muscolare facilmente lacerabile. Dal cavo orale sgorgò un 200 grammi di liquido untuoso, giallognolo, fetido. Il margine alveolare del mascellare inferiore conteneva due soli denti, ed erano gli incisivi. Questi vennero facilmente estratti con le pinzette da dissezione. La mucosa labio-gengivale distrutta. — Un detrito purulento e fetido tapezzava il margine esterno degli alveoli in gran parte necrosati. — La lingua di molto ingrossata era di colore rosso-scuro, presentava alla superficie lievi screpolature, ed era ricoperta da tenace essudato. Un'imbibizione sierosa esisteva nel suo tessuto, che al taglio offrivasi molto molle. — Nessuna traccia di necrosi al mascellare inferiore; si ritrovò il periostio in gran parte distaccato e distrutto. — Le parotidi ricche di sangue, tumefatte, rammollite. — La mucosa della parete anteriore delle fauci rugosa, fortemente iniettata. — L'epiglottide presentava una tumefazione edematosa alquanto sporgente alla base della lingua, di colore rosso-pallido. Praticatavi un'incisione trasversale, ne fluì un liquido sieroso. - Lieve tumefazione nella parte superiore della laringe, la di cui mucosa presentava dei piccoli punti rossi, ed era aspersa di lieve secreto opaco. — Il tessuto stesso della mucosa alquanto rammollito. La mucosa della faringe era lievemente tinta in rosso. Nulla di particolare nell'esofago.

Aperto il cranio, la calotta ossea era pesante, umida, di colore bianco-giallastro, con profondi solchi e distinte digitazioni. La dura madre umida ed iniettata. — Vasi venosi dilatati e ripieni di sangue nero. Aracnoide e pia madre parimenti iniettate. L'encefalo non molto voluminoso, di consistenza normale. Nelle circonvoluzioni cerebrali, nel centro ovale, nei ventricoli, nel ponte del Varolio e midollo allungato, nessuna anomalia.

Nelle giugulari sangue nero coagulato in discreta copia.

Aperta la cavità toracica, si trovarono i polmoni avvizziti, liberi; in essi erano visibili i fenomeni dell'ipostasi cadaverica. Al taglio erano poco crepitanti. Posto un lembo di essi nell'acqua, rimaneva galleggiante. L'aspetto del parenchima omogeneo, rosso-cupo. Alle superfici risultanti dal taglio sgorgava sangue denso, nero. La mucosa bronchiale lievemente iniettata.

Il pericardio conteneva poco liquido sieroso rossigno, e non aveva aderenze col cuore. — Questo per forma e posizione normale, era leggermente ipertrofico nel suo ventricolo destro. — La detta cavità ripiena di sangue venoso coagulato e nero. — Il ventricolo sinistro perfettamente vuoto. — Le valvole cardiache normali. — Nella orecchietta sinistra esisteva un coagulo fibrinoso, che estendevasi lungo il primo tratto dell'aorta. — Le due vene cave, ascendente e discendente ripiene di sangue parimente molto nero e coagulato. Le arterie polmonari presentavano il medesimo fenomeno. Le vene polmonari vuote.

Aperta la cavità addominale, si presentarono le anse intestinali ripiene di gaz. In queste nessuna anomalia. — Sano il peritoneo. — Nessuna tumefazione nelle glandule mesenteriali. — Nello stomaco poco liquido giallastro; la sua mucosa non presentava alterazioni; esso era alquanto dilatato. — Coledoco perfettamente normale. — Fegato un poco voluminoso, per forma e superficie inalterato; il suo involucro peritoneale liscio e lucido; la consistenza aumentata. Al taglio molto sangue, e sulle superfici del medesimo punti rosso-scuri. — La milza pure un poco tumefatta e rammollita. — Reni per forma, volume e posizione normali. — Urocisti vuota.

---

riori non discontinuate, non possiamo a meno di entrare nel dubbio, che tali conseguenze dannose siano state prodotte invece dalla presenza in quello specifico di qualche altra sostanza di azione più caustica.

La Redazione.

Digitized by Google

Dalla Clinica Oculistica (Prof. Magni)

Il clorato di potassa a cura dell'epitelioma.

Un fatto di grande importanza terapeutica, che merita l'attenzione dei pratici, è il risultato brillante ottenuto nella Clinica del Prof. Magni in due malati di epitelioma curati con il clorato di potassa.

Il 1.° di questi è un certo A. Z., operaio, d'anni 52, che negli ultimi del 1865 subiva la blefaroplastica per un epitelioma ulcerato all'angolo interno dell'occhio sinistro, la cui apparente guarigione avveniva pochi giorni appresso. Non erano però varcati ancora due mesi, che la cicatrice ulcerossi nella sua parte inferiore; e da quel punto per incuria del malato l'ulcerazione estendevasi in alto ed in basso, e al 15 Ottobre 1868, in cui l'infermo presentavasi per ottenere i soccorsi dell'arte salutare, mostrava i seguenti caratteri. Notavasi una vasta ulcere, che interessava il 3.° interno della palpebra inferiore sinistra, e di là scendeva dilatandosi specialmente dalla parte nasale, di cui avea distrutto la pinna corrispondente; il suo limite inferiore era il solco naso-labiale. Il fondo di questa ulcera era costituito da granulazioni irregolari frastagliate, di colore giallo-lardaceo, le quali in alto si faceano strada per l'angolo interno dell'occhio lungo il solco oculo-palpebrale, ed ivi si osservava infiltrato ed esulcerato non solo il 3.° interno della congiuntiva tarsea e reflessa inferiore, ma anco la bulbare fino alla sclerotica. Il neoplasma avea pure invaso la parete mobile del sacco lacrimale, che mostrava l'incipiente sua ulcerazione per dei piccoli pertugi, da cui si entrava nel canale nasale. Più in alto si vedea la superficie mucosa della palpebra superiore infiltrata da grosse glebe di colore giallo-lurido, le quali presentavano al tatto una resistenza quasi lignea, resistenza che notavasi al massimo grado nei bordi di questa solcatura ulcerosa, i quali erano prominenti ed irregolari per vari nodi costituiti da materia epiteliale. Questa ulcere naturalmente non dava pus; il suo carattere dominante era quello di estendersi per l'ulcerazione, che andava producendosi, di quei punti nodosi, che formavano la neoproduzione morbosa. La nutrizione dell'infermo era molto deperita. — Per la grande estensione di questa ulcera epiteliale, la cui natura non poteva essere equivocata, per lo stato generale del paziente, e pel suo rifiutarsi ad ogni operazione cruenta, si risolvè il Professore ad esperimentare il clorato di potassa.

L'uso di questo farmaco nei così detti cancroidi, benchè poco comune, pure non è nuovissimo nella medica letteratura. Il primo che a mia conoscenza abbia reso di pubblica ragione il pieno successo ottenuto da questo rimedio in un cancroide della faccia, mostratosi ribelle ai più svariati agenti terapeutici, è il Dott. Tedeschi, la cui nota trovasi inserita negli Annali Universali di Medicina di Milano anno 1846, fascicolo d'Agosto; un secondo caso appartiene al Dott. Bergeron, della cui esperienza rende conto nel N. 66 del Bull. de Thérapeutique, 1868.

Il modo con cui l'applicammo nel nostro malato, fu per uso esterno con delle filaccie inzuppate in una soluzione di grammi 8 in 120 d'acqua, che mutavansi 3 o 4 volte al giorno, ed internamente centigrammi 50 in grammi 90 d'acqua. Nei primi giorni la malattia mostrossi stazionaria, ma passato un mese il miglioramento cominciò ad annunziarsi evidentemente con l'abbassamento progressivo dei bordi e con la diminuzione della loro resistenza, il fondo dell'ulcera cominciò a detergersi, perdendo a grado a grado il suo aspetto lardaceo, e il miglioramento si estendeva dal basso all'alto, dove, perchè più spesse, si osservava un po' lentamente una sensibile diminuzione delle vegetazioni neoplastiche. Non sono trascorsi tre mesi dalla 1.ª applicazione del rimedio, e già la parte inferiore della descritta ulcerazione è cicatrizzata completamente, non rimanendo in alto che un po' di tessuto epiteliale, che per la continua sua riduzione dà tutta ragione a ritenere, che quanto prima sparirà anch'esso.

L'insperato successo ottenuto nel malato in discorso indusse ad esperimentare il clorato in un certo F. L., a cui praticossi nel Dicembre 1868 la blefaro-plastica per identica malattia molto circoscritta. In questo per ulcerazione degli estremi dei lembi, caduti i punti di sutura, rimase un coloboma triangolare della palpebra inferiore, nella cui area, anzichè tendenza alla cicatrice, si osservava la recidiva del male con tutti i suoi caratteri distintivi, non escluso quello dell'esame microscopico. Contro questa recidiva riuscirono del tutto vane le ripetute cauterizzazioni col nitrato d'argento, e col nitrato acido di mercurio. L'applicazione del clorato di potassa tanto internamente che esternamente in meno di un mese ne determinava la cicatrizzazione completa.

Un terzo malato trovasi presentamente in cura all'Ospedale del Ricovero di questa Città, che da tre anni non può liberarsi di un epitelioma ulcerato, che ha sede alla metà sinistra della fronte, non ostante ripetute applicazioni di caustici potenziali; e benchè soli 20 giorni conti l'applicazione del clorato, già si riscontra un visibile miglioramento.

L'esito felice che ha coronato l'applicazione del clorato di potassa nei due primi casi da me narrati, animerà i pratici a moltiplicare l'esperienze con questo farmaco in una malattia tanto frequente, ed in cui purtroppo spesso rimangono frustranei i più svariati mezzi di cura.

Dott. GIOVANNI MANCINI.

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Küchenmeister e Altstädter. — *Sulle cagioni e cura della dismenorrea e della sterilità, in rapporto alle vedute di Marion Sims.* — (Berlin. klin. Wochenschrift e Wiener medizin. Presse). Schmidt's Jahrbücher N. 11, 1869.

Sebbene la *dilatazione cruenta* dell'orifizio uterino fermamente chiuso, in confronto della incruenta, praticata per mezzo della spugna preparata ecc., sia poco accettata, tuttavia, secondo Küchenmeister, niun mezzo agisce con sollecitudine maggiore per togliere l'addolorabilità dei catameni nei cangiamenti di posizione e nelle atresie incomplete dello orifizio uterino, niente è più proficuo di essa per togliere la sterilità. L'operazione è poco dolorosa, è l'opera di un istante, ed il pericolo dell'emorragia è piccolissimo. I successi brillanti, che ottenne Marion Sims, senza dubbio raccomandano quest' operazione in una maggiore estensione, tuttavia sembra a Kuchenmeister che tanto il suo processo quanto il suo speculum uterino (sulla cui invenzione egli contrasta per la priorità con Bozeman, Neugebauer ed altri) difficilmente troveranno una generale approvazione. Küchenmeister ha trovato, che l'introduzione dello speculum di Sims non è cosa sì facile, cosicchè parecchie volte l'applicazione non gli riuscì bene; aggiunge però, che quando gli riescì, si ottenne un ampio campo visivo all'intorno della porzione vaginale dell' utero. Con quello di Ferguson gli riuscì sempre molto facile d'incontrare la bocca uterina. Perciò gli altri specoli uterini non saranno banditi affatto da quello di Sims. Di più Sims nei suoi esami e nelle sue operazioni sempre ha bisogno dell' assistente per tenere fermo lo speculum, mentre Küchenmeister desidera di risparmiarlo. Finalmente nel processo di Sims la stagnazione del sangue riesce molto più difficile che coll' uso del comune speculum uterino, il quale difende tutto il canale vaginale dall'azione caustica degli astringenti, il percloruro di ferro ad esempio, in quanto che non si possono espandere oltre lo spazio che esiste fra la bocca dello speculum e il collo uterino. Collo speculum ordinario si può introdurre ancora uno specillo rovente, con quello di Sims la massima parte della parete vaginale resta indifesa, perciò i caustici si possono estendere oltre il bisogno.

Küchenmeister conviene con Sims sui difetti degli strumenti presentati da Simpson, Martin, Luër, ed usati fin qui per la dilatazione cruenta del collo uterino. Questi strumenti (coltelli nascosti, ora semplici ora doppi, mossi da molle) nel momento del loro uso, a livello dell' orifizio interno dell' utero acquistano la massima distanza dalla loro guaina, per conseguenza fanno quivi il taglio più profondo, che rimane uguale fino all' orifizio esterno dell' utero, il quale taglio collo strumento di Martin avviene in ambedue le pareti, con quello di Simpson invece solo in una delle pareti del collo uterino; mentre verso l'orifizio interno il taglio deve riuscire più superficiale, verso l' orifizio esterno più profondo. Per mezzo dell' operazione il canale cervicale deve venire aperto in modo, che ne nasce, una cavità, che s' impiccolisca dall'esterno all'interno. Questi strumenti inoltre si possono usare soltanto nello stato normale del collo uterino; all' incontro nei cangiamenti di posizione dell'utero il canale cervicale o non è per essi accessibtle, o non giova per nulla il taglio laterale. Prova ne sia, che la sonda non penetra nella cavità neppure dopo il taglio dilatatorio. Per questi casi il metodo di Sims, di incidere il collo dell' utero nella direzione dall' avanti all' indietro e viceversa (dalla sinfisi del pube verso il coccige), è un pregevole ritrovato per la dottrina della dilatazione cruenta dell' orifizio uterino. Tuttavia questo metodo non sembra a Küchenmeister del tutto soddisfacente, perciò viene a descrivere il proprio.

I. — *Processo a direzione normale del collo e dell' orificio esterno dell' utero.*

Essendo l'orifizio uterino semplicemente ristretto e della grandezza appena di una capocchia di spillo, Küchenmeister cerca che il collo uterino entri al più possibile nello speculum di Ferguson; poscia si giova di uno strumento, il quale è analogo a quello usato per l' iridectomia. Questo ha una punta ottusa, lunga 2-3‴, della grossezza di un ferro da calzetta di media grossezza, la quale deve servire di guida. Di dietro a questa punta ottusa si trova un coltello lungo 2 ½ centim., costituito da un triangolo tagliente ai due lati, il quale dalla punta alla sua metà si allarga ben presto. Nella punta è quasi ¼ di centim., nel punto più largo 1 ½ centim., ed è assicurato ad un lungo manico. Mentre il coltello penetra dall' orifizio esterno verso l'interno, fende il canale cervicale, e produce il taglio più profondo verso l' orifizio esterno. Le due pareti del canale vengono incise contemporaneamente a livello uguale ed in uguale direzione. In un canale ricurvo si può adoprare un coltello curvo, tuttavia l' autore se ne è sempre tratto fuori con uno retto. Se la dilatazione non basta, si può condurre un taglio più o meno profondo lungo la parete posteriore del collo verso il primo, con che si ottenga una apertura simile ad un T — (Collo strumento di Lüer si ottiene la stessa cosa, però tagliando due volte, ed in modo difettoso).

Nei 4 seguenti casi Küchenmeister usò 3 volte lo strumento di Luër (prima che avesse inventato il proprio) ed una volta il suo.

Digitized by Google

1.° Caso. — Alla signora N., madre di più figli, la quale per lungo tempo aveva sofferto di emorragie e di fiori bianchi, venne amputato colla galvano-caustica il collo uterino ipertrofico, che aveva la lunghezza di 2 ½-3″ e la spessezza di 1 ¼″. — Nella cauterizzazione della ultima porzione il filo si era un poco smosso, ed era rimasto un piccolo lobulo nella ferita, a forma di mezzaluna. Sotto la rapida guarigione parve che questo in parte si fosse ridotto sull' orifizio del collo dell'utero, il quale in seguito divenne sempre più stretto per la rattrazione cicatrizia della ferita. — Dal principio del 1866 sotto la mestruazione cominciò a soffrire di dolori violenti e di emorragie. All'esame Küchenmeister trovò l' utero alquanto retroverso, e collo speculum comune non si potè scoprire l' orifizio dell' utero, nè sentirlo col dito. Lo speculum maggiore di Sims, con posizione della donna sul lato sinistro, lasciò vedere in alto una piccola apertura puntiforme, la quale lasciava penetrare solo una minugia sottile. Colla introduzione successiva di una minugia sempre più grossa la strada si fece sì ampia, che Küchenmeister collo isterotomo di Luër potè dilatarla in ambo i lati. Dopo d' allora gli incommodi cedettero, le mestruazioni si fecero normali, la donna risanò.

2.° Caso. — La donna X. dietro cauterizzazione all' orifizio uterino acquistò una forte contrattura cicatrizia del medesimo, da divenire precisamente puntiforme. L'incisione dell'orifizio uterino praticata verso i due lati collo strumento di Luër, e la successiva applicazione di birilli di laminaria, produssero tale effetto, che le mestruazioni, che presentavansi con dolori atroci, da indi in poi avvennero facilmente e senza dolore. Per vero non ebbe luogo il concepimento, ma la colpa era da attribuirsi al debole marito.

3.° Caso. — Una signora di alto rango, che era sterile, con catarro del canale cervicale e forte restringimento dell' orifizio uterino, fu trattata nella stessa guisa del caso precedente. In ambedue queste ultime operazioni venne usato lo speculum di Ferguson; in nessuno dei 3 casi ebbesi una emorragia notevole.

4.° Caso. — *Dilatazione col coltello doppio di Küchenmeister.* — La donna M., che portava una tumefazione del collo dell' utero, restringimento dell' orifizio, catarro del canale cervicale e sterilità, fu operata da Küchenmeister nella maniera descritta, coll' isterotomo a doppio coltello; fatto ciò, con un coltellino retto e ottuso a lungo manico fece un altro taglio nella parete posteriore del collo uterino perpendicolarmente al taglio trasversale. Attraverso l' orifizio ampliato di molto si potè con discreta facilità introdurre una sonda nella cavità uterina. La emorragia fu pericolosissima, e venne frenata nella guisa ordinaria.

II. — *Processo a posizione anormale dell'orifizio uterino.*

Quando l' orifizio uterino, in seguito di cambiamento di posizione dell' organo, sta quasi di dietro alla branca orizzontale del pube (nel che per solito è otturato da un tenace turacciolo di muco, ed il labbro posteriore è considerevolmente più lungo dell' anteriore), affine di facilitare tanto la sortita del sangue mestruale quanto l' entrata del seme, senza precedente raddrizzamento strumentale dell' utero nella sua normale posizione, devesi ridurre l' apertura del collo uterino nella linea di direzione della cavità del corpo; ovvero con altre parole un'apertura artificiale deve essere praticata là dove terminerebbe una linea retta condotta dal mezzo del fondo dell' utero verso la vagina. Ciò è possibile soltanto quando venga incisa tutta la parete posteriore del collo fino al fornice vaginale. — Questo può avverarsi in due maniere:

a) *Mediante il coltello sumenzionato, od altro coltello piegato ad uncino e con lungo manico, il quale si introduce attraverso lo speculum di Ferguson.*

5.° Caso. — La donna D., giovane, senza figli, affetta da forte dismenorrea, portava una antiversione dell' utero con antiflessione; il collo era piegato in avanti ed in alto, il labbro anteriore corto e quasi scomparso, il posteriore lungo oltre 1″; quasi impossibile l' introduzione della sonda. Kuchenmeister introdusse il coltello allungato e ricurvo quasi fino all' altezza dell' inserzione della vagina, spinse la punta allo indietro e ritrasse il coltello lungo la parete posteriore della cervice fino all' orifizio esterno. Emorragia abbondante, tuttavia frenata nella guisa ordinaria. Dopo la guarigione, che avvenne senza incommodi, il taglio rimase ancora lungo oltre ½″. — I mestrui da allora in poi indolenti, lo stato generale sostanzialmente migliorato, la sonda facilmente introducibile fino a 6 ½ centim.

b) *Mediante la forbice di Küchenmeister, descritta più avanti, ed il coltello.*

6.° Caso. — La giovane L., senza figli, soffriva di catarro del collo uterino; l' orifizio esterno era abbastanza ampio, il labbro uterino posteriore però protuberava, tumefatto ed eroso, nell' orifizio. Applicato lo speculum di Sims, Küchenmeister con forbice ad articolazione ordinaria, la cui lama destra però nella punta portava l'uncino descritto più sotto, divise il labbro posteriore dell' orifizio uterino. Non nacque reazione nè emorragia. Le erosioni scomparvero dietro il tocco di una soluzione concentrata di pietra infernale, attraverso lo speculum di Ferguson, e la prominenza si appianò. Mostrandosi assai tesa presso l' orifizio la parete laterale destra del collo, Küchenmeister col suo bistorino ottuso a lungo manico vi fece anche un taglio laterale.

7.° Caso. — X. giovane donna, senza figli, sof-

Digitized by Google

friva di mestruazione dolorosa, di antiversione e antiflessione dell'utero. L'orifizio esterno era come nel caso antecedente. La parete posteriore del collo, introdotta nello speculum di Ferguson, fu divisa colla forbice fin all'inserzione del fornice vaginale. Tosto dopo riuscì l'introduzione della sonda, che per l'innanzi era quasi impossibile: d'allora in poi la mestruazione venne facilmente e senza dolore.

Descrizione della forbice. — La forbice retta è lunga 23 ½ centim., la parte tagliente della medesima 3 centim., la distanza dalla punta fino all'articolazione 5 centim. abbondanti. Nella estremità ottusa della branca trovasi un uncino lungo circa 1''', che si innalza ad angolo retto sulla faccia tagliente della branca; l'altra branca è senza uncino. Nel chiudere e nell'aprire si incrociano le branche presso al manico in una cosiddetta articolazione di Lobkowitz a modo del tirapalle americano. Con questo strumento si può operare anche attraverso il più piccolo degli speculi di Ferguson.

Compiuto il taglio, pone l'autore frai margini della ferita, col portatore della spugna preparata di Simpson, un pezzo di tela di lino cucito assieme a più doppi e guernito di lungo filo, il quale è inzuppato di una soluzione di sesquicloruro di ferro nella glicerina. Talvolta si adoprano 2-3 di queste compressine, e poscia si riempie la vagina con tamponi di ovatta guerniti di un filo ed inzuppati nella glicerina (come raccomanda Sims), *i quali* si lasciano in sito per 2 giorni. Tolti questi, per una settimana egli passa fra le labbra della ferita ogni due giorni col portatore della spugna preparata, affinchè non guarisca troppo presto.

Küchenmeister non vide in alcuno di questi sette casi la benchè minima irritazione peritoneale.

La dilatazione incruenta dell'orifizio uterino nella totale atresia del medesimo.

Nei rari casi di atresia totale con ematometra l'orifizio uterino, il quale per solito si rese chiuso per un processo infiammatorio, si può aprire con cauterizzazione prolungata per più giorni colla pasta di Vienna o colla pasta caustica di Filhos.

8.° Caso. — La donna M., madre di due bimbi, aveva sofferto di gravi erosioni e fluor bianco. Dopo una forte cauterizzazione, praticatale a Parigi, l'orifizio uterino rimase saldato del tutto. L'utero era retroverso, della grandezza di un pugno, ed il suo orifizio chiuso. Küchenmeister cauterizzò nel posto, dove sospettava esistere l'orifizio dell'utero, colla pasta di Filhos, servendosi dello speculum di Ferguson, e lasciò in luogo la pasta, finchè avesse formata una crosta gagliarda, e pulì il tutto con aceto allungato. Dopo due giorni tolse con violenza la crosta, e cauterizzò profondamente ed energicamente colla pietra infernale. Al secondo giorno, quando tentò di staccare con violenza anche questa crosta, sgorgò sangue mestruale piceo in buona copia. — L'utero misurava 10 centim.; si rimpiccolì però sotto l'uso di pezzetti di laminaria digitata della lunghezza di 7 centim., e la mestruazione comparve.

Il Dott. Altstädter di Pest, il quale nel suo lavoro prende a studiare soltanto la sterilità, riconosce che sulle prime fu straordinariamente colpito dalla chirurgia uterina di Sims. Più tardi però cominciò a dubitare: *a*) sulla necessità incondizionata dell'operazione, come unico mezzo conveniente in tutti i casi adotti da Sims: *b*) sulla possibilità di raggiungere sempre con essa lo scopo: *c*) sulla pretesa innocuità della stessa: *d*) in oltre se pure sia possibile anche con altri mezzi, all'infuori dell'operazione, di giungere in molti di questi casi al fine desiderato. Già Holst di Dorpat aveva messo in dubbio l'unica dipendenza della dismenorrea da ostacoli meccanici, e Scanzoni la necessità dell'asportazione dell'imene nel vaginismo, ed anche Altstädter ritiene che Sims abbia trattato con troppa predilezione il punto di vista chirurgico in paragone del fisiologico e medico.

L'autore anzi tutto rischiara la questione della necessità incondizionata dell'operazione, e tratta in prima linea *dell'incisione dell'orifizio e del collo a scopo di guarire la sterilità*, raccomandata da Sims *come unico rimedio*. Secondo Sims l'operazione dovrebbe praticarsi nei casi di sterilità, quando l'orifizio uterino è piccolo, ad es. quanto la capocchia di uno spillo, con simultaneo indurimento del collo, anche con mestruazione perfettamente normale. Contro tale opinione Altstädter fa le seguenti obbiezioni. Non si può intendere come il seme maschile non possa penetrare nell'orifizio e nel collo, quando il canale è abbastanza largo per lasciar passare il sangue mestruo. Da 20 anni in tutte le sue inferme a Holst riuscì di penetrare nella cavità dell'utero con una robusta sonda uterina; solo in due casi potè introdurre soltanto una sonda grossa 2 millim. Quanto di rado i restringimenti sono della ampiezza di un capo d'uno spillo! In una goccia di seme del diametro di due millimetri esiste un gran numero di filamenti seminali, i quali in un canale che ha il diametro di 2-3 millimetri certamente troveranno spazio sufficiente al loro passaggio. Devesi di più riflettere che per fecondare basta un picciol numero di filamenti seminali, e inoltre che non è necessario che il loro passaggio attraverso il collo sia immediato, potendo essere efficacissimo entro 12 ore, imperocchè tanto dura la loro mobilità nel muco vaginale normalmente acido. Da ciò ne viene che è difficile che nel restringimento del collo si abbia un ostacolo alla concezione, od una indicazione per la dilatazione del medesimo col coltello. È noto inoltre che spesso si riesce di togliere ancora con altri mezzi, oltre

Digitized by Google

gli strumentali, i restringimenti prodotti da induramento. La cosa va altrimenti in caso di aderenze dell' orifizio e del collo, in cui le operazioni cruente sono pienamente giustificate.

Nel *punto culminante dell'eccitamento*, durante la copula, secondo Sims il muco cervicale viene spremuto fuori dalla cervice, e ciò produce un vuoto nel collo, nel quale viene assorbito il seme. Martin e Funke durante l'accoppiamento ammettono dei movimenti riflessi, contrazione della muscolatura uterina e dei legamenti rotondi, ed anche rilasciamento del collo, con aprirsi simultaneo dell' orifizio dell'utero. È però provata possibile la concezione senza eccitamento, anzi senza introduzione del pene. Se ora secondo Sims un certo eccitamento favorisce la concezione per mezzo di movimenti riflessi, non riesce chiaro perchè *il combaciare dei due labbri aventi forma semilunare, o lo stretto contatto di labbra ipertrofiche ed indurite senza perdita della ovale apertura dell' orifizio uterino*, debba essere di impedimento *alla concezione*, stati che già verrebbero eliminati dai movimenti riflessi.

In riguardo alla forma, grandezza e spessezza normale del collo, che Sims esige per la possibilità della fecondazione, giacchè in 218 donne sterili ne trovò 175 con collo conico, Altstädter adduce in contrario la seguente osservazione.

Una donna dicianovenne, maritata da 4 mesi, da un anno e mezzo a quando a quando soffriva di dolori, spesso intensi, in ambo gli ipocondri, di dolore allo stomaco, al capo ed alle estremità, senza che si fosse potuto addimostrare una congestione nelle ovaia. All' esplorazione si trovò la vagina di lunghezza normale, un poco di leucorrea, la porzione vaginale lunga più di un pollice, assai conica, terminante in punta come un turacciolo, l' orifizio uterino contratto, alquanto dolente ad un tocco grossolano. L'utero non era ingrandito nè dolente, l'orifizio uterino senza granulazioni od erosioni. La diagnosi fu di catarro cronico uterino e vaginale, e la terapia consistette in semicupi tepidi con acqua di crusca e nell'uso delle sorgenti di Marienbad. A motivo della forma conica del collo Altstädter, in base alle asserzioni di Sims, prognosticò che la donna sarebbe rimasta sterile fino a che non si fosse praticata l'amputazione della cervice. Con di lui maraviglia però dopo 5 settimane la paziente era già incinta.

I cangiamenti di posizione dell' utero possono divenire causa di sterilità, segnatamente per questo che danno occasione all' aborto, l'antiversione specialmente. In questo caso però non è il coltello, ma di preferenza il metodo meccanico, che corregge la posizione difettosa. — A questo scopo per parte del medico si richiede perseveranza e circospezione nello applicare il pessario, come pure molta attenzione alle cose dette dal Prof. Hildebrandt sulla importanza dell'elevatore dell' ano, perchè i pessari riescano di utilità.

Altstädter lascia indeciso, se pel vaginismo sia indicata l'escisione dell'imene, secondo Sims necessaria in tutte le circostanze, con successiva asportazione delle cicatrici e dilatazione, e se, come vuole Scanzoni, si debba lasciare l'operazione cruenta, ed usare all' incontro soltanto semicupi tiepidi, lavande con acqua saturnina, spennellature con nitrato d' argento e successiva dilatazione con speculi di vetro di color latteo.

La abnorme cortezza della vagina, al pari di Sims, egli la riconosce come nna causa di sterilità, come pure adotta i mezzi dal medesimo raccomandati.

Rapporto alla costituzione anormale della secrezione del collo dell' utero, e della vagina, Sims anzitutto richiama l' attenzione sulla notevole acidità del muco vaginale, che ostacola la motilità dei filamenti seminali. Già da tempo Kölliker ed altri incolparono la troppa densità e l'abbondanza della secrezione; mentre secondo Sims le soluzioni di zucchero, gli alcalini ed i sali calcari in concentrazione moderata aumentano la motilità dei medesimi. Però questa causa di sterilità parlerebbe contro la teoria dell' introduzione istantanea del seme nel canale cervicale, per mezzo della eiaculazione all' atto della copula, ammettendo la quale la forte acidità del muco vaginale non potrebbe essere causa della sterilità. Del resto la guarigione di questo stato abnorme, per cui si raccomanda una soluzione di fosfato di soda (5-10 %), toglierebbe la sterilità.

La leucorrea del collo probabilmente non agisce per l' aumento grande della alcalescenza del muco cervicale, ma per la sua *densità*, la quale proviene da accumulo di cellule epiteliali. Questa leucorrea cervicale deve essere rimossa onde guarire la sterilità. Ora trovandosi per solito, dopo una lunga durata della medesima, dei rialzi nella mucosa e lussureggiamento dell' apparato glandulare, così la rimozione di questi stati, per mezzo della pressione esercitata colle torunde uterine, indicate da Byford e Sims, è al certo degna di raccomandazione.

Mentre il catarro uterino leggero e la metrite cronica di un grado piccolo non arrecano veruno ostacolo al concepimento, al contrario un grado maggiore della metrite cronica, con forte catarro uterino, con violenta blennorrea e rialzi nella mucosa, è nn fondamento essenziale di sterilità, perciò per toglierla bisogna guarire prima le anomalie predette.

Lo scopo della operazione di Sims è il concepimento, il quale però *non* si può raggiungere in tutti i casi, non dipendendo solo dai rapporti normali anatomici degli organi sessuali. Qui rileva in primo luogo *la varia naturale e congenita produttività della donna*. In certe famiglie questa

Digitized by Google

non solo è ereditaria, nel senso che le donne, che provengono da genitori, che hanno generato molti bambini, ne partoriscono parimenti molti, mentre altre, i cui parenti produssero pochi figli, del pari non generano che pochi o nessun bambino, ma si mostra questa ereditarietà nelle famiglie anche nel senso della tendenza ad aumentare o diminuire il numero dei figli. In parecchie donne si verifica una certa periodicità nei parti, i quali succedono soltanto ogni 3-4-5 anni. In molte famiglie nascono più femmine che maschi; in altre vedesi diminuire a poco a poco la produzione o scomparire: fatti i quali si possono ritenere dipendenti soltanto dalla disposizione ereditaria e non da rapporti meccanici. In certe donne adunque a nulla gioverebbe il togliere un difetto meccanico qualunque delle parti sessuali.

La fecondità della donna dipende dalla costituzione fisica, dalla crasi del sangue o dallo stato del sistema nervoso. Le femmine a *ventre grasso* soffrono spesso di amenorrea e sterilità. Anche l'influenza dell'obesità mal si potrà togliere col mezzo di un'operazione. Solo assai di rado si trovano donne a ventre adiposo, che siano eccitabili nella sfera sessuale. Per altra parte però anche l'eccitabilità abnormemente elevata nelle cosiddette femmine nervose può essere causa di sterilità, non tutte le donne isteriche soffrendo di malattie dell'apparecchio generativo. In questo caso bisognerebbe ammettere, che l'iperestesia durante la copula produca un'*anomala azione riflessa. A questa* devesi ascrivere la proporzionatamente rara maturazione dell'uovo, mercè la quale l'uovicino il più delle volte cadrebbe infecondato nella cavità addominale. Per mezzo di essa si spiega ancora, come con uguale difetto organico, per esempio l'antiversione, una donna concepisca, un'altra no. La correzione dell'anomala azione riflessa mediante un atto operatorio solo allora può essere possibile, quando dipenda da rapporti anatomici anomali.

Oltre le due predette costituzioni fisiche, linfatica e nervosa, cui si deve ascrivere un'influenza sulla fecondità, si danno certe altre costituzioni congiunte al contrario con grande produttività. In famiglie scrofolose e tubercolose, per esempio, s'incontra un gran numero di bambini.

Secondo Sims l'unico pericolo della incisione del collo e dell'orifizio uterino consiste nell'emorragia: come seguito di questa operazione egli osservò soltanto un caso di ascesso nel bacino, mentre dopo la spugna compressa e le candelette gli ascessi del bacino sono meno rari. Certamente nelle mani di Sims quest'operazione, può essere senza pericolo, ma ciò non potrebbe valere pei meno esperti. Già Sims chiama uno accidente sfortunato, quando in caso di profusa emorragia durante o subito dopo l'operazione, l'utero, fissato coll'uncino, sfugge; evenienza che di leggeri deve aver luogo, se il tessuto è lasso. Il medesimo riconosce ancora, che dopo un'incisione troppo abbondante le labbra dell'orifizio uterino si arrovesciano, con che l'utero diviene incapace di ritenere il suo contenuto dopo il concepimento. Certamente Sims sostiene che col suo metodo non si ottiene un'incisione troppo profonda; nulladimeno essendo molto varia la grossezza del collo, egli dà il consiglio di *incidere piuttosto poco che troppo.* Anche il processo di suppurazione necessario alla guarigione della ferita, prolungato per 3 settimane, inclusivamente alla medicatura con cotone e glicerina, non appare scevro da pericolo. Per conseguenza l'operazione proposta da Sims, la quale tuttavia va considerata come un progresso nella chirurgia uterina, devesi intrapprendere non senza matura riflessione, e quindi ancora colla necessaria circospezione ed in ristretti limiti.

Finalmente per ciò che riguarda l'eseguimento della operazione, sembra ad Altstädter che il metodo indicato da Sims meriti la preferenza su quello di Simpson e Greenhalg. Imperocchè col coltello e colla forbice Sims è in migliore posizione per circoscrivere a volontà l'ampiezza del campo operatorio, che quelli, i quali si servono dell'uterotomo. Parimenti l'operazione si mostra più sicura della dilatazione colle candelette e colla spugna preparata. Tuttavia, come nel caso descritto, anche con anomala conformazione dei genitali, la sterilità potrebbe essere rimossa con altri mezzi fuori dell'atto operatorio: qui devesi prendere in considerazione specialmente l'azione riflessa anomala, che in molte circostanze viene sanata con rimedi farmacentici generali, e nei casi di Sims può talora essere stata tolta mediante l'atto operatorio, potendosi anche ammettere, che in molti di questi casi la sterilità dipendesse non tanto dalla deformazione dei genitali, quanto appunto dalla abnorme azione riflessa, cui devesi attribuire un valore incontestabile pel concepimento.

Skoda. — *Lezione clinica sulla diagnosi differenziale del tifo.* — Wien. med. Presse N. 50, 51, 52, 1868.

Il tifo non offre tale complesso di sintomi, da potere con essi diagnosticarne con certezza la esistenza; i sintomi al contrario sono molto variabili, e si trova difficilmente un'infermità, i cui fenomeni non possano simulare un tifo. Ciò vale non solo per questa, ma per parecchie altre malattie, e questo è il motivo per cui nel procedere alla diagnosi delle varie infermità non possiamo fidarci della così detta forma morbosa, ma siamo

Digitized by Google

in dovere di esaminare attentamente lo stato di tutti gli organi, di scoprire ogni alterazione, e su tale scoperta poggiare, per decidere di quale processo morboso si tratti.

In antico molto poco o nulla di completo si sapeva sui disordini materiali nelle malattie, nè si conoscevano i mezzi per constatare le alterazioni degli organi interni: si era indirizzati a giudicare le malattie dietro fenomeni esterni, che si potevano vedere cogli occhi, o tutto al più dalle alterazioni del polso, e così i medici si sforzarono di assegnare certe forme morbose a certi processi morbosi.

Collo sviluppo della anatomia patologica, come pure coll'esame degli organi interni per mezzo dell'ascoltazione e della percussione, si poterono abbandonare in parte gli antichi metodi di esame. Siccome però l'esame degli organi interni, malgrado i grandi acquisti, non offre quella chiarezza completa, che sarebbe desiderabile, quindi siamo tuttora nella necessità, almeno per molte malattie, di attenerci ancora alla forma morbosa. Ciò può valere pel maggior numero di casi; però non dobbiamo ascrivere a tali forme morbose un valore speciale, e si prenderanno in considerazione soltanto in quei casi, in cui non si può fondare la diagnosi su altri dati.

Nella malattia tifica per regola tutti gli organi soffrono, ed in tutti avvengono disordini funzionali, ed è perciò che il tifo può simulare una malattia di ciascun organo.

Quando si tratta di fondare la diagnosi, devesi avere presente, che il processo assume frequentemente un corso ordinario, ma che però può insorgere anche qualche deviazione. Quando il tifo si presenta in forma straordinaria, sul principio la diagnosi non sarà possibile affatto, e molto spesso si cadrà in errore. Anzi tutto si presentano *disordini delle funzioni del cervello;* questi possono aver luogo assai per tempo, l'uomo essere fors'anche alzato, aver tuttora un po' di appetito, non risentire brividi, non presentare temperatura elevata, però egli sente del peso al capo, dorme inquieto, i pensieri s'ingarbugliano, ed in parecchi casi il tifo comincia appunto con una *malattia mentale.* Se un uomo ad un tratto comincia a parlare a sproposito, senza precedenza di un movimento febbrile, che faccia nascere il sospetto, che si tratti di tifo; se la malattia per così dire insorge come un disordine mentale, in allora forse solo in casi isolati si potrà allontanare il sospetto, che si tratti di una malattia mentale, quando anche l'uomo fosse stato fin'allora perfettamente assennato. Il medico può ignorare che esista un processo tifoso, e questo può durare qualche tempo prima di manifestarsi come tale. Il numero dei casi, in cui precede un disordine mentale, non si può precisare, però non deve passare anno che non se ne presenti qualcuno nei grandi ospedali.

Le difficoltà di distinguere la *meningite* e la *encefalite* dal *tifo* non insorgono solo quando la malattia è comparsa con disordini mentali, ma eziandio quando precedette un altro gruppo di sintomi. Per esempio può insorgere *delirio*, o l'infermo può farsi *sonnolento* e *soporoso;* questi disordini funzionali, dopo una mezza giornata di leggero accesso febbrile, possono ben presto ascendere ad un grado molto intenso, cosicchè la diagnosi differenziale fra tifo e meningite sia quasi impossibile. In tale frangente devesi tenere per fermo, che nella meningite non solo si presentano disordini dell'attività mentale, ma per solito anche alterazioni del movimento e della sensibilità, e spesso disordini nelle funzioni della vista e dell'udito. Di più l'esperienza ammaestra, che nella meningite, appena l'essudazione è giunta ad una certa quantità, anzi senza che sia considerevole, si presenta un'anomalia nel movimento del cuore in seguito, a quanto pare, della pressione sul cervello, per modo che quello si rallenta addirittura; mentre l'azione del veleno tifico sul sangue è tale, che accelera il movimento cardiaco. Un altro punto di appoggio per la diagnosi è questo, che nella meningite il basso ventre non si tumefà, mentre ciò ha luogo nella malattia tifica. — I fenomeni di paralisi del tubo intestinale e della vescica nel tifo compariscono tardi, mentre nella meningite si osservano molto presto. Nel tifo non si presentano sì di leggeri, nel principio, paralisi nei muscoli volontari e nella muscolatura degli organi dei sensi, mentre nella meningite esse possono comparire con molta sollecitudine. — Devesi ancora ricordare, che nella meningite la fisonomia del malato, anche quando è abolita la coscienza, è migliore di quello che nel tifo. In questo i tratti del viso, sebbene non siavi ancora abolizione della coscienza, con qualche prestezza acquistano un'espressione di *rilassatezza* e di *sfinimento*, mentre nella meningite conservano l'espressione di persona dormiente.

Questi indizi tutti, che distinguono il tifo dalla meningite, si presentano solo assai di rado, cosicchè per alcuni giorni è d'uopo di restare indecisi rapporto alla diagnosi: ciò verificasi anche più in quei casi, che non si manifestano con molta chiarezza, nei quali inoltre gli accidenti per parte del cervello non di rado si presentano con molta intensità. L'incertezza riguardo alla diagnosi non dura a lungo, imperocchè, se si tratta di tifo, si manifestano fenomeni appartenenti a questa infermità, per esempio *la tumefazione della milza, la comparsa del meteorismo e il progressivo acceleramento del polso.*

Alcune altre differenze stanno ancora nel grado del delirio; nel tifo il delirio è più vago, il malato salta per così dire da una in altra allucinazione; mentre nella meningite gli infermi stan fissi in alcune idee, anzi spesso avviene, che ri-

Digitized by Google

petano continuamente una *parola:* questa è una proprietà che non si trova nel delirio del tifo.

Il tifo può cominciare coi sintomi di una *angina tonsillare.* L'infermo si lagna di angina, ed è inevitabile che il medico non cada in un inganno, il quale però non dura a lungo. Forse nel giorno appresso già si riconosce, che gli accidenti dell'angina non aumentano, mentre si fa maggiore il movimento febbrile. Nel maggior numero dei casi la gonfiezza delle tonsille e del palato molle non è molto forte, e gli accidenti locali non sono in proporzione colla febbre. Per conseguenza si rimarrà in dubbio forse solo per un giorno sulla natura del processo, quando il tifo comincia coll'angina.

La malattia tifica può cominciare ancora con una pneumonite, ed in questi casi la diagnosi differenziale è molto difficile. Si danno dei casi, in cui l'infiltrazione pneumonica è molto considerevole, e questi non si possono diagnosticare che per una pneumonite. Questo inganno deve durare, finchè l'infiltrazione sussiste nei pulmoni, e così può avvenire che il medico giudichi la malattia per una pneumonite, mentre non è che un tifo. Non avvi alcuno spediente diagnostico per distinguere una tale pneumonite dalla vera, e segnatamente per riconoscere, se assieme alla pneumonite esista ancora un tifo. Rende difficile una retta diagnosi anche la circostanza, che nei casi gravi di pneumonite può esservi eziandio diarrea e ingrandimento di milza, in breve quei fenomeni che osserviamo nel corso ordinario del tifo. Un qualche *lume* sul caso morboso si può ottenere solo allora, che l'infiltrazione pneumonica diviene regressiva, e la *febbre dura tuttora*, la qual cosa qualche volta si verifica. Di rado accade, che la malattia cominci con una pneumonite intensa. In principio della malattia colla percussione si trova un suono timpanico nelle parti inferiori del pulmone, e si ode un rantolo crepitante ed anche respiro bronchiale, ma tutto ciò non dura a lungo; dopo alcuni giorni il suono timpanico scompare, la febbre però non cessa, anzi si rinforza, ed allora si presentano gli accidenti del tifo. L'inganno, riguardo alla diagnosi, può durare 1-2 giorni.

Sembra che il tifo non si presenti sotto la forma di *pleurite*, ma bensì con *dolore pleuritico;* può cominciare con dolore puntorio assai violento a modo da insorgere il sospetto, che sia per svilupparsi una pleurite.

Il morbo tifico comincia talvolta anche sotto forma di *endocardite con dilatazione del cuore.* Quando si presenti un tale sformamento del cuore con movimento febbrile intenso, e non esista *altra malattia locale*, si ha motivo di supporre che si tratti di altro processo morboso, imperocchè si deve avvertire, che *l'endocardite indipendente da ogni altra forma morbosa o da altro processo è fenomeno affatto straordinario;* e quando appunto in seguito di una intensa malattia febbrile si appalesa l'endocardite con aumento di volume del cuore, il caso devesi riguardare con gran diffidenza. La diagnosi di effettiva endocardite non deve essere fatta di leggeri, ma si abbia presente il sospetto che si tratti di altro processo morboso. È il processo tifico, in ispecie, che produce nel cuore una tale alterazione. L'infermo o soggiace ad un tale attacco, oppure le alterazioni del cuore passano allo stadio di regressione, e quindi il tifo acquista il suo corso ordinario.

Quando il tifo comincia come una *bronchite,* possono passare 14-21 giorni prima di venire in chiaro sulla diagnosi. Si danno casi di bronchite, che in rapporto al movimento febbrile non cedono per nulla al tifo, e può accadere che la malattia trascorra senza che si sappia di che si tratti: in simili casi spesso si rimane sorpresi da un fenomeno affatto straordinario, per esempio dalla comparsa di una peritonite in seguito della perforazione dell'intestino, che può insorgere nella quarta settimana di malattia.

Può anche cominciare sotto la forma di *itterizia.* Il medico curante in molti casi non potrà a meno di diagnosticare di itterizia, malgrado che la malattia sia complicata con prostrazione e perdita dell'appetito, imperocchè nell'itterizia acuta insorgono anche questi sintomi; il seguito però svelerà un tifo. L'avvenimento della itterizia devesi spiegare o per la presenza di uno stato pioemico o di tumefazione catarrale della mucosa dell'intestino. L'itterizia può insorgere anche nel corso del tifo.

La comparsa dell'itterizia nel tifo può avere data occasione a stabilire una specie particolare di febbre tifica, la cosiddetta *febbre biliosa tifica.* Si è voluto derivare il processo tifico da un'alterazione del fegato o della bile; noi però sappiamo precisamente da che proviene l'itterizia, e sappiamo che queste alterazioni ponno presentarsi anche nel tifo; quindi l'itterizia nel tifo non costituisce una specie particolare del medesimo, ma soltanto un fenomeno concomitante, che in *principio* di malattia può certamente traviare il medico, e indurlo a credere di avere a fare con un'itterizia semplice.

La malattia tifica può cominciare eziandio sotto la forma di *febbre intermittente*, per questo che gli accessi febbrili offrano i caratteri decisi delle intermittenti. Se qui si presenta ancora un ingrandimento della milza, e la febbre conserva sempre il carattere di intermittenza, in allora si crederà di avere a fare con un' intermittente. Nella diagnosi differenziale offre un punto d'appoggio la circostanza, che la febbre intermittente nasce soltanto in certe regioni; in oltre dall'esame dell'orina si può rilevare, se si tratta di un tifo o di intermittente: in questa malattia il *clo-*

Digitized by Google

ruro di sodio aumenta nell'urina, mentre nel tifo è diminuito. Su queste asserzioni però non si può poggiare con piena sicurezza, poichè sono troppo pochi i casi di intermittente, che siano stati sottoposti ad un esame accurato in questa direzione. Poscia l'intermittente può essere differenziata dal tifo, quando gli accessi febbrili si siano ripetuti, giacchè nella malattia tifica la febbre non insorge con parossismi, ma con esacerbazioni.

Il tifo può avere principio anzitutto con violento *vomito* e *diarrea*, a modo da trovarci nella necessità di ammettere una *gastrite* od anche un *attacco di cholera*. In breve però, se si tratta di tifo, le circostanze si cangiano in guisa da potere esattamente giudicare la malattia. Insorgeranno cioè disordini nella attività cerebrale, che non si sogliono verificare se si tratti di *gastrite*. Il vomito cessa con qualche prestezza, mentre nella gastrite il vomito si ripete; nel tifo il vomito succede solo una volta, o se ne presentano due o tutto al più tre accessi.

Per quanto riguarda uno scambio col cholera, in ogni caso si ha un punto d'appoggio nella mancanza di evacuazioni risiformi.

Quando il tifo comincia con *albuminuria*, devesi attendere qualche tempo prima di pronunziare la diagnosi. L'errore di diagnosi verrà facilmente rimosso, quando l'albume scompaia di nuovo dall'urina, il movimento febbrile perduri tuttora, e per altra parte insorgano quei fenomeni che s'incontrano nel tifo. Se però l'albuminuria perdura, la distinzione è ben più difficile, per la ragione che la ritenzione d'urea e di acido urico produce fenomeni morbosi molto intensi nel cervello, nel midollo spinale e nel sistema nervoso. — Il movimento febbrile nella malattia dei reni per solito non è intenso, e questo momento è un punto d'appoggio per la diagnosi del tifo.

La malattia tifica può anche principiare con attacchi di *reumatismo articolare*. L'infermo ha tumefazione e dolore in varie articolazioni, e si è quindi spinti ad ammettere un reumatismo articolare. Per solito però il dolore e la gonfiezza si dileguano in breve, mentre la febbre aumenta.

Se il tifo appare nella forma *ordinaria*, per lo più offre un corso uniforme. Quando il contagio tifico comincia ad esercitare la sua azione, l'individuo si sente *indisposto*, *insorgono lievi accessi febbrili*, *dolore di capo*, *senso di malessere e di prostrazione*, il sonno diviene inquieto, l'appetito diminuisce, egli sente in modo disaggradevole l'influsso della temperatura, al più piccolo raffreddamento insorgono brividi, ed al minimo riscaldamento si presenta il sudore. In moltissimi casi insorge diarrea, le evacuazioni divengono fluide, sebbene non frequenti. Questo stato di malessere può durare alcuni giorni ed anche per una settimana.

Quando l'uomo trovasi in tale stato morboso, non si può fare una diagnosi decisa, e giacchè simili accidenti spesso svaniscono, senza che si arrivi ad una malattia grave, ben pochi riterranno la malattia come pericolosa.

Se però si tratta effettivamente di tifo, questi accidenti od almeno alcuni di essi si presenteranno con maggiore violenza; sopravviene freddo febbrile, ed allora l'uomo si dà infermo e cerca soccorso. Al comparire del freddo febbrile, cui dopo alcun tempo, ora molto presto, ora dopo parecchie ore, ora dopo mezza giornata, succede il calore, si deve riguardare il caso morboso come grave, e tanto più grave, quanto più fu protratto lo stadio dei prodromi.

La *tubercolosi miliare* è pure fra quelle malattie, che molto di leggeri si possono scambiare col tifo. È estremamente difficile da riconoscere, e stando ai fenomeni, che offre l'esordire di questa malattia, con piena ragione si diagnosticherebbe un tifo. Lo stesso presentarsi della bronchite, venuta in seguito della tubercolosi miliare, non può dare verun appoggio per la diagnosi, poichè, come si è detto, anche il tifo può essere complicato colla bronchite. Nella tubercolosi miliare, del pari come nel tifo, può prodursi una tumefazione della milza, che qualche volta può farsi assai considerevole, quando cioè anche la milza è sede dell'infiltrazione tubercolare.

Il *delirio ed il sopore* non offrono alcun punto di appoggio per la diagnosi differenziale, poichè questi possono presentarsi nella tubercolosi miliare precisamente come nel tifo; e così gli altri fenomeni cerebrali, in quanto che la tubercolosi miliare si può estendere anche all'encefalo.

L'esame il più accurato di tutti i fenomeni morbosi e delle *materie escrementizie*, *come l'urina*, *lo sputo e le evacuazioni intestinali*, non può offrire verun dato per la distinzione di queste malattie.

Si fa la diagnosi di tifo, perchè questo si presenta incomparabilmente più spesso della tubercolosi; ma ad ogni modo si può nutrire il sospetto, che si tratti di tubercolosi, quando gli infermi ne fossero già affetti in antecedenza. Tuttavia anche questa combinazione non può dare un'assoluta certezza, poichè la tubercolosi non esclude il tifo, e questo può presentarsi anche nei tubercolosi.

Ad ogni modo le emorragie dall'intestino potrebbero servire di momento diagnostico: queste però appariscono solo tardi, di guisa che la diagnosi non potrebbe essere accertata fino alla terza settimana. In allora se si presenta un'enterorragia, la malattia sarà riconosciuta dal medico per tifo. Solo la complicazione colla tubercolosi in questo caso è quella che lascia ancora in qualche incertezza; devesi però avvertire, che nelle ulcerazioni tubercolari assai di rado scoppia un'emorragia abbondante, mentre ciò spesso ha luogo nel tifo. In oltre nei casi estremi l'anamnesi e la

Digitized by Google

costituzione dell'individuo possono servire di punto d'appoggio: un individuo robusto e ben costituito non potrà far sorgere l'idea, che si tratti di tubercolosi.

Un'altra difficoltà, non però così essenziale, l'offre la diagnosi del cosiddetto *farcino*. Questo nell'uomo comincia sotto uno stato febbrile; certamente avviene non di rado, che fino dapprincipio la febbre insorga con parosismi, con veementi accessi di freddo; tuttavolta si danno ancora dei casi, in cui non si osservano che leggeri attacchi febbrili, di modo che fino alla comparsa degli ascessi, che si presentano nell'intossicazione col contagio moccioso, si rimane dubbiosi per quale processo morboso decidersi.

L'inflammazione del tessuto connettivo sottocutaneo può presentarsi in tali località, ove facilmente rimanga nascosta al medico, supposto che non usi la precauzione di esaminare con molta accuratezza il corpo dell'infermo. Però in moltissimi casi all'esame si oppongono degli ostacoli, per esempio quando l'infermo è soporoso. In tali casi il medico non potrà sfuggire l'errore, e considererà il caso morboso come un tifo, mentre in progresso scoprirà, per esempio, un grande ascesso alla nuca, il quale naturalmente, nella posizione supina dell'infermo soporoso, non poteva essere scoperto.

Quando si presentano suppurazioni nelle parti, che sono *inaccessibili affatto* all'esame, non si potrà evitare l'errore. Si danno casi di *infiammazione* nel mediastino, che si presentano come malattie febbrili, però non offrono verun altro sintoma, all'infuori forse di un'ottusità in quel luogo, che però è difficile assai a determinare. Una tale ottusità sfuggirà bene spesso alle indagini, perocchè il maggior numero delle malattie ordinariamente ha luogo altrove. Per solito si esaminano i pulmoni, il cuore, e non incontrando ivi nulla di morboso o di abnorme, può accadere che si tralascino ulteriori e ripetuti esami.

Un errore consimile può aver luogo, se esista una suppurazione nel *tessuto connettivo retro-peritoneale*. Quando questo processo è acuto, con movimento febbrile considerevole, può accadere che non si scopra il focolaio morboso, e facilmente avviene che per tutta la durata del morbo non ci troviamo in grado di stabilire una diagnosi. Si può ammettere un tifo, che non esiste punto, e si viene in chiaro solo quando succede una perforazione del tubo intestinale, e vengono evacuate dall'intestino grandi quantità di pus, oppure quando il pus trafori lo stomaco, e la marcia venga cacciata col vomito.

Noi abbiamo quivi fatto menzione delle varie malattie, colle quali può il tifo complicarsi, che possono imporsi come tifo: da tutto ciò risulta essere necessario di sottoporre l'infermo ad un esame accurato e ripetuto, quando si tratta di stabilire la diagnosi di tifo.

Böhme, Bouchard, Heinze, Beckler, Popham. — *Contributo alla dottrina della pneumonite.* — Schmidt's Jahrbücher, N. 11, 1868.

Il Dott. Böhme (Deutsche Klinik, 1868) tratta dell'importanza *degli sputi nella pneumonite*, nei quali in corrispondenza ai diversi stadi della malattia si può destinguere una triplice natura. Nel primo stadio della pneumonite gli sputi sono inodori, di consistenza mucosa, molto tenaci, viscidi e difficili da espellere dalla bocca. Al microscopio vi si osservano degli epiteli, corpuscoli sanguigni e di muco, e cellule granulose. Se il processo pneumonico fa progressi, l'escreato diviene più consistente e spesso anche più copioso. Gli sputi offrono allora una massa mucosa, molto tenace, quasi divisibile col coltello, del colorito bruno di ruggine caratteristico. Finchè i bronchi sono permeabili vi si trovano rinchiuse grandi bolle di aria. Sotto al microscopio si veggono coaguli fibrinosi diramati dendriticamente, corpuscoli del sangue, del muco e del pus, cellule pigmentate, epiteli e cellule granulose. I corpuscoli del sangue non sono riuniti fra loro a modo di rotoli di moneta, ma tutto al più si toccano coi margini; ciò dipende dalla minore quantità di sale contenutovi, fatto sul quale Höfle pel primo richiamò l'attenzione, e che fu confermato dall'analisi chimica di Scherer. Se la temperatura si abbassa d'improvviso, e si avvia lo stadio di risoluzione, in allora la quantità dell'escreato è più abbondante, meno tenace, ed il colorito bruno-ruggine si fa più giallo, anzi citrino. I corpuscoli del muco e del pus, che nello stadio anteriore esistevano in piccola quantità soltanto, ora sono molto aumentati, mentre invece vi si osservano scarsi i coaguli di fibrina. Secondo l'analisi di Hoppe e Scherer, a quest'epoca negli sputi si trovano in maggior copia che mai le parti solide e i sali. Nel successivo stadio di regresso gli sputi prendono un aspetto bianco-giallognolo sempre più opaco, e contengono molti piccoli corpuscoli di pus e granuli di adipe.

Dopo di avere delineato l'aspetto degli sputi della pneumonite a corso normale, Böhme passa a descriverne le varietà. Così gli sputi possono mancare affatto dal principio al fine, senza che perciò si sia autorizzati ad ammettere un essudato pleuritico. Per lo più ciò si verifica, come dice Chomel, nei fanciulli, negli affetti da malattie mentali e nelle persone estremamente deboli: all'incontro oppugna l'autore l'opinione di Chomel, che il luogo della malattia abbia influenza

Digitized by Google

sull'espettorazione. In oltre gli sputi possono comparire soltanto nell'acme od anche al momento dell'assorbimento, e finalmente possono scomparire affatto all'epoca dell'assorbimento, mentre fin'allora erano stati del tutto normali. Se precede un catarro bronchiale, gli sputi sogliono essere, fino da principio, mucoso-purulenti. Si danno casi, in cui un unico sputo offre il colorito caratteristico bruno di ruggine in mezzo ad un escreato affatto normale. In oltre gli sputi in luogo del loro aspetto sanguinolento, dapprincipio offrono un aspetto rosso-mattone: ciò sembra avvenire spesso, quando esisteva già un catarro delle vie aeree. D'altra parte gli sputi sanguinolenti possono presentarsi solo dopo un certo tempo dal principio della malattia, il che forse si può spiegare col trapasso del processo pneumonico su un'altra parte del pulmone. Talvolta gli sputi possono variare molto nel medesimo individuo.

Böhme osservò un caso, in cui una pneumonite sinistra aveva esordito con sputo giallo e tosse; al 4.° giorno di malattia la pneumonite prese anche il lobo inferiore destro, e ciò si manifestò con isputi sanguinolenti.

In un altro caso gli sputi erano dapprima di color ruggine pallido, poscia rosso-mattone, indi grigio-biancastro e finalmente citrino.

Durante l'assorbimento gli sputi si cambiano molto spesso; ora sono di colore di ruggine, ora grigio-biancastri, quindi la ricomparsa di sputi rubiginosi per sè non rende la prognosi sfavorevole.

Gli sputi gialli di rafferano e verdi sono senza importanza nella pneumonite biliosa, quando questo colorito possa derivarsi da pigmenti biliari. Se all'incontro si presentano senza itterizia, per lo più danno una prognosi cattiva, indicando un corso lento della pneumonite ed il suo esito in ascesso od in pneumonite caseosa. Se si osservano al microscopio degli sputi color verde-erba in casi di pneumonite caseosa, in allora vi si trovano molti corpuscoli del sangue giallo-chiari, corpuscoli del pus, cellule epiteliali pigmentate in giallo e piccole molecule pigmentali gialle. Gli sputi verdi possono presentarsi soli o commisti a sputi di color citrino o ruggine; per solito non durano, ma tendono al bruno ruggine. Ordinariamente offrono una massa tenera e vischiosa. Böhme vide finire in ascesso una pneumonite, in cui furono espettorati sputi verdi e fluenti con coaguli di fibrina.

Gli sputi possono essere coloriti in nero per fuligine di lampada, per epiteli, e nella tisi melanotica. Quest'ultima colpisce per solito uomini vecchi, decrepiti, e si manifesta per una febbre continua, non intermittente.

Dopo tutto questo noi dunque abbiamo a fare con due forme differenti di sputi, coi colorati e cogli scolorati. Il coloramento difficilmente può essere prodotto da corpuscoli del sangue, come vuole Andral. Piuttosto si deve ammettere, e fu già dimostrato per gli sputi bruno-rugginosi, che dal sangue si formino pigmenti ne' piccoli bronchi per influenza della luce. Quando vi esiste itterizia, agli sputi gialli e verdi è commista biliverdina, in altri casi il colorito dipende da ematina alterata.

Qualitativamente gli sputi si distinguono in purulenti, sierosi, e sanguigno-sierosi. I primi nella pneumonite sono rari; però quando si presentano, danno una prognosi assai cattiva. Gli sputi sanguigno-sierosi, nella pneumonite primaria, sono di cattivo presagio; sono simili al brodo di susine. Gli sputi semplicemente sierosi sono rarissimi nella pneumonite, e svelano la comparsa di un edema pulmonare.

I metodi terapeutici hanno una decisa influenza sugli sputi. Per mezzo del salasso perdono molto della loro tenacità, e vengono espettorati in maggiore abbondanza; per mezzo della digitale subiscono gli stessi cangiamenti. L'influenza della digitale merita qui tanto maggiore attenzione, in quanto che in certe malattie cardiache, per es. la stenosi dell'ostio venoso, vengono espettorati sputi di color di ruggine.

Gli studi clinici di Giorgio Bouchard sulla *formazione degli ascessi nelle infiammazioni pulmonari* (Gaz. des Hôp. 1868) contengono soltanto una raccolta delle vedute di Chomel, Sestier, Graves, Trousseau e Stokes sopra questo raro esito della pneumonite. Böhme ne ritiene con Trousseau possibile la diagnosi durante la vita; è segnatamente di molto peso a questo riguardo la comparsa di sputi molto abbondanti, con molto pus e sangue commisto, circa al 20-24 giorno del corso di una pneumonite. Come causa della formazione di un ascesso, in luogo dell'ordinaria infiltrazione purulenta del tessuto polmonare, Böhme ammette la cattiva costituzione prima dello sviluppo della pneumonite (Grisolle) ed una certa diatesi purulenta (Trousseau). Böhme ritiene molto difficile la diagnosi fra una caverna tubercolosa ed un pneumonica, poichè l'esame microscopico degli sputi non dà verun deciso schiarimento. La guarigione dell'ascesso pulmonare, che, come è noto, fu molto contestata, secondo Böhme avviene per mezzo di pseudo-membrane, nella stessa guisa come accade nelle caverne tubercolari. Egli stesso ne osservò due casi; in uno il tessuto connettivo era attraversato da bronchi intatti, che avevano resistito alla suppurazione. Stabilita la diagnosi, devesi favorire la cicatrizzazione dell'ascesso coi tonici, gli astringenti ed una buona dieta.

Il Dott. Heinze (Arch. d. Heilk. 1868) tratta del rapporto dei sintomi cerebrali gravi colla temperatura nelle pneumoniti, in raffronto alla opinione emessa da Liebermeister, che l'alterarsi delle funzioni del cervello nelle febbri vio-

Digitized by Google

lenti debbasi far dipendere dall'influenza della temperatura elevata sugli organi centrali. Heinze annovera fra i gravi sintomi cerebrali il parlare dormendo, il delirio, le allucinazioni, lo stato soporoso, mentre Liebermeister prende in considerazione eziandio i più piccoli gradi di disordine cerebrale, come la smania, il peso al capo, la cefalea, l'insonnio. Quivi Heinze a ragione rimarca, che per un lato questi piccoli gradi si presentano ancora negli infermi apiretici, e che per altra parte nei pneumonici sarebbero conseguenza del dolore al petto, della dispnea, della tosse.

Nei 317 casi di pneumonite esaminati da Heinze, in 98 si potè constatare abolizione del sensorio. In 67 casi i fenomeni di alterata funzione cerebrale comparvero soltanto oltrepassato l'acme, negli altri 31 sotto febbre moderata e sotto febbre forte; i disordini però spesso continuarono ancora quando la temperatura si abbassava. Quindi egli è evidente, che nel maggior numero dei casi i fenomeni cerebrali comparvero soltanto collo abbassarsi della temperatura. Si potrebbe obbiettare, che per turbare il sensorio è necessaria un'azione alquanto prolungata della temperatura sugli organi centrali; e tale obbiezione sarebbe giustificata, se si potesse provare, che sotto una alta temperatura i disordini cerebrali insorgono più presto, e sotto temperature basse si presentano in un periodo più tardo. A tale fine Heinze fa uno specchio comparativo dei giorni, in cui comparve il delirio sotto temperature differenti, e da questo prospetto risulta, che su 57 casi, in cui esisteva una temperatura di oltre 40,5 - 40°, 25 volte i sintomi cerebrali comparvero nel 3.°-7.° giorno dopo la febbre, e 32 volte al 1.°-2.° giorno; mentre in 41 casi, con una temperatora di 39,5° e meno, vennero osservati 11 volte al 3.°-5.° giorno, e 30 volte al 1.°-2.° giorno.

Dietro questi fatti cade di per sè l'opinione sopraenunciata, e in pari tempo risulta ancora, che la *sola* elevatezza della temperatura non può suscitare gravi sintomi cerebrali. Se in oltre si considera che nelle forme intermittenti più gravi, nella pleurite ed in altre malattie febbrili, spesso mancano i fenomeni cerebrali, mentre insorgono nei più lievi tifi, anzi non di rado nel tifo addominale, quando appunto decresce la febbre, in allora si deve convenire, che la teoria di Liebermeister è per lo meno assai dubbia.

Heinze indica l'affezione del lobo superiore come un momento, che forse potrebbe prestare un punto di appoggio per ispiegare il delirio nelle pneumoniti. Dal suo lavoro comparativo risulta, che su 117 casi di pneumonite del lobo superiore, 47 trascorsero con gravi sintomi cerebrali, mentre di 200 casi di pneumoniti del lobo inferiore, 51 soltanto offrirono fenomeni cerebrali. Per conseguenza questi si presentarono relativamente più spesso (40,17 %) nelle affezioni del lobo superiore, che in quelle del lobo inferiore (25,5 %).

Ambo i casi di pneumonite, che Liebermeister adduce a rincalzo della sua teoria, riguardano il lobo polmonare superiore. Liebermeister è di parere, che l'affezione pneumonica del lobo superiore sia di durata alquanto più lunga, e sia accompagnata da febbre alquanto più forte, che quella del lobo inferiore. Heinze per mezzo di numeri oppugna, che l'affezione del lobo superiore sia più durevole di quella dell'inferiore, mentre concede la temperatura febbrile più alta.

Per la gravezza maggiore della malattia del lobo superiore parla la circostanza, che, stando alle osservazioni di Heinze, la mortalità in questa arriva a 34, in quella del lobo inferiore al contrario solo a 21,5 %. Nell'età non è da cercarsi la causa del delirio, poichè sebbene l'età media offra più spesso disordini del sistema nerveo, questa dispone pure maggiormente alle affezioni pneumoniche di quello che l'età avanzata. Così pure non se ne possono incolpare in tutti i casi gli alcoolici, essendo che su 98 casi si incontrarono soltanto 34 bevitori. Nota finalmente questo autore, che il maggior numero di pneumoniti con delirio cade nei primi mesi di primavera, Marzo e Aprile, non già, come si potrebbe credere nei mesi caldi. Molte delle cagioni indicate possono contribuire a suscitare sintomi cerebrali, in complesso però sono necessarie ancora ulteriori ed estese ricerche per mettere in chiaro cotali cagioni.

I casi di malattia pneumonica comunicati da Beckler (Bayer. ärztl. Int.-Bl. 1868) sono degni di attenzione pel loro rapporto colla tubercolosi.

1) Una ragazzina undicenne al 29 di Luglio fu presa da violenti brividi, con grande frequenza di polso (145) e respiro pure assai frequente. Aveva tosse secca, con escreato biancastro e dolore a tutto il torace. L'esame obbiettivo non diede un risultato deciso. Al 2 di Agosto comparve una leggera emoptoe e diarrea mista a sangue. Nelle evacuazioni alvine trovaronsi numerosi ascaridi. Nel giorno successivo la percussione diede un'ottusità circoscritta nella fossa infraclavicolare destra, mentre l'ascoltazione fece sentire una respirazione indeterminata. La paziente delirava. Al 4 di Agosto la frequenza del polso, che la sera innanzi arrivava a 148, diminuì improvvisamente fino a 100. L'inferma offriva un dimagramento straordinario. Dopo otto giorni di malattia l'urina era pallida, del peso specifico 1,013. La paziente si riebbe a poco a poco, e da allora in poi godette di buona salute. La madre della fanciulla racconta, che questa nell'età di 3 anni aveva sofferto di lunga malattia glandulare con suppurazione, e che da molte settimane prima dello scoppio della malattia dimagriva, e spesso soffriva di inappetenza.

Digitized by Google

2) Al 16 di Agosto la sorella della prima inferma, di anni 14, ammalò collo stesso complesso di sintomi: freddo, dolore lungo lo sterno e tosse secca. Al 20 di Agosto si notò un'ottusità nella fossa infraclavicolare destra, che aumentò ancora nel giorno appresso. La paziente lagnavasi di dolore dalla mammella destra fino all'acromio. Al di sopra della mammella udivasi un distinto rumore di soffregamento pleuritico, al di sotto della medesima non percepivasi ottusità. La frequenza del polso era di 112, il respiro assai accelerato. Al 24 di Agosto il polso si abbassò improvvisamente a 72. L'ottusità persisteva in uguale estensione, tuttavia il rumore pleuritico era scomparso, il respiro era distintamente bronchiale. La paziente si riebbe ben presto. Da tempo indeterminato essa aveva nel collo una glandula isolata, tumefatta, della grandezza di una fava. Nell'urina, la quale era ora alcalina, ora debolmente acida, e del peso specifico di 1,002-1,012, in dapprincipio si trovarono cristalli di leucina.

Un fratello delle due inferme nella sua fanciullezza soffrì di coxite non traumatica. Nulla è da notare sulla costituzione della madre. Il padre aveva un colorito gialliccio, quasi cachetico, tuttavia pretendeva di avere infermato di rado.

3) Un ecclesiastico d'anni 40, i cui fratelli erano morti di tisi, accusava notevole debolezza, catarro bronchiale, pesantenza di capo e senso di ottusità negli orecchi, in breve dei fenomeni, i quali in una grande città facilmente avrebbero fatto conchiudere per un tifo. Dapprincipio si diagnosticò un catarro bronchiale febbrile, tuttavia questa diagnosi non sembrava giusta in causa della violenza dei fenomeni. Il paziente era molto irrequieto, delirava di continuo, e rispondeva in modo non intelligibile alle dimande direttegli. La frequenza del polso al 4.° giorno della malattia era a 112, la congiuntiva in ambo gli occhi di colore rosso di sangue, la lingua secca; emetteva involontariamente evacuazioni diarroiche. L'esame obbiettivo offriva una marcata ottusità al pulmone destro, e rantoli a piccole bolle in ambedue gli apici pulmonari. Nel giorno appresso i fenomeni svanirono a poco a poco, l'ottusità era meno intensa, e dall'undecima giornata la temperatura, la frequenza del polso e del respiro divennero normali. La convalescenza però procedeva lentamente, ed il paziente lagnavasi che gli riesciva difficile il pensare ed il parlare. Da questo punto in vero lo stato non peggiorò, anzi il paziente ricuperò in parte le sue funzioni, tuttavia all'epoca della compilazione di questo rapporto non trovavasi ancora in istato di fare una predica.

In quest'ultimo caso la pneumonite si può senza dubbio far dipendere da una deposizione tubercolare, da cui potrebbero derivarsi ancora i fenomeni meningei. Parimenti, secondo Beckler, nei primi due casi la disposizione tubercolare si può appena mettere in dubbio, se si abbia riguardo alla costituzione del padre, alla coxite del fratello, alle affezioni glandulari, alla lesione della parte superiore dei pulmoni, ai gravi fenomeni generali in rapporto all'affezione pneumonica non molto estesa.

Beckler da queste osservazioni trae le conclusioni seguenti, accennate già nel congresso internazionale di Parigi: 1) Una deposizione di tubercoli miliari può procedere sotto la forma di una pneumonite e di fenomeni tifici generali; 2) Tali casi possono risolversi per crisi, come la pneumonite semplice e genuina, e terminare con una provvisoria guarigione; 3) Se per qualche tempo ad una pneumonite precedono fenomeni generali, quali sogliono presentarsi nella deposizione di tubercoli, in tal caso questa devesi considerare come causa della malattia.

In rapporto alla cura della pneumonite John Popham (Brit. med. Journ. 1867) si dichiara contro l'opinione di Bennett, che cioè quanto più presto si può debbansi apprestare alimenti sostanziosi, poichè ogni cura *medicamentosa ritarda* la convalescenza. Poggiando su 30 casi osservati nello spedale, egli raccomanda l'uso degli *alcalini* e segnatamente del carbonato di potassa. Egli lo fa prendere in bevande mucilaginose, e ne dà ai bambini fino a 30 centigr., ed agli adulti fino a grammi 1,80 per dose, 4, 5, 6 ed anche 8 volte nelle 24 ore. Quanto più presto si adoperano gli alcalini, il successo è tanto più favorevole; tuttavia si consiglia di continuare con questa cura anche per qualche tempo dopo la convalescenza. Contemporaneamente Popham fa applicare sul petto degli empiastri vescicatori, l'uso dei quali dopo l'amministrazione degli alcalini sembra che porti con sè minore pericolo d'intossicamento; in nessun caso almeno comparve stranguria, anche quando la parte anteriore e posteriore del torace venne coperta di empiastro cantaridato, e del pari in nessun'epoca si potè dimostrare la presenza di albume nell'urina. Popham tuttavia a questa cura congiunge, secondo il precetto di Bennett, un alimento nutritivo, consistente in brodo concentrato e latte, di cui il paziente consuma 1-2 *quarti* e più per giorno, ed in oltre gli infermi ricevono ogni giorno 120-140 grammi di vino. Nei casi in cui sono indicati gli eccitanti un po' forti, la dose del vino si può ancora aumentare: all'incontro per lo più non viene somministrato ai bambini.

Dopo che si è dato due o tre volte il carbonato di potassa, gli sputi viscidi divengono disciolti, il loro colorito di ruggine si fa pallido, e la loro aderenza agli alveoli pulmonari diminuisce, a modo che vengono espulsi con leggeri urti di tosse. La lingua, che nella pneumonite è coperta di un denso intonaco biancastro, e nello stadio tifoide non di rado appare secca, bruna e

Digitized by Google

fuliginosa, già dopo alcuni giorni si mostra affatto pulita, in quanto che colla aumentata secrezione della scialiva ne viene staccato l'intonaco. Per l'ascoltazione si può dimostrare un miglioramento locale, che va di pari passo coll'abbassamento della temperatura e del polso. L'aumentata acidità dell'urina fa luogo ad un'acidità normale, alla neutralità ed anche all'alcalescenza. Quest'ultima Popham la ritiene per un buon segno, in quanto che è la prova, che l'alcali è introdotto nell'organismo in quantità sufficiente. Tale condizione dell'urina, la quale di rado si presenta prima del 3.° giorno, si mantiene eziandio per alcuni giorni dopo lasciato l'uso del medicamento.

Langenbeck. — *Sull'inversione dell'utero.* — Berl. klin. Wochenschrift N. 9, 1869.

In ostetricia si distinguono tre gradi di inversione dell'utero: 1) Ripiegamento del fondo nella cavità dell'utero. 2) Ripiegamento del fondo in modo da uscire dalla bocca dell'utero, ed esser palpabile nella vagina. 3) Inversione completa dell'utero. — Il primo grado si origina spesso nei parti trascorsi rapidamente, con utero a pareti sottili, quando tardano le contrazioni, ed invece la pressione del ventre agisce bruscamente su di esso. Il secondo grado può essere occasionato dai parti e dai tumori che vegetano dentro l'utero. *Il terzo* può venire immediatamente dopo il parto, e più frequentemente quando dopo un parto precipitato vien tratto con violenza il cordone ombelicale.

L'utero inverso può essere facilmente scambiato con un polipo, come lo dimostrano anche i casi osservati dallo stesso Prof. Langenbeck.

Il primo caso fu da lui veduto nel 1841 in una signora maritata di 32 anni, la quale era stata sempre sana e regolarmente mestruata sino a sei mesi prima, epoca in cui cominciò a soffrire di emorragie abbondanti nell'epoca della mestruazione. Avendo il medico curante trovato un corpo molle ed estraneo nell'utero, inviò l'inferma a Langenbeck, che trovò l'utero ingrandito come al 5.° mese di gravidanza, in modo da potersi sentire dietro la sinfisi; con l'esplorazione non fu trovato alcun tumore nella vagina, e la bocca dell'utero era chiusa; dal retto si poteva sentire l'utero molto disteso; la sonda uterina non poteva introdursi, perchè urtava in una massa che riempiva la cavità dell'utero, e perchè produceva subito emorragia; la malata era menstruante. Nel prossimo periodo Langenbeck fu chiamato di notte, e trovò la malata che gridava altamente, tormentata da doglie, e in preda a forti emorragie: nella vagina si sentiva un tumore molle della grandezza di una testa di bambino; afferrandolo ne rimase una parte nelle mani, e senza difficoltà fu estratta la massa molle parte con le mani, parte con le pinzette da polipo, e senza produrre grave emorragia; allora si potè sentire un tumore circondato dalla bocca dell'utero, molle e liscio, formato dal fondo dell'utero inverso; fu ridotto senza difficoltà, cessarono i fenomeni morbosi, e si stabilì uno scolo simile ai lochi: furono fatte per lungo tempo iniezioni nell'utero, che ritornò allo stato normale; ed in appresso mai più si presentarono emorragie e dolori notevoli. La tessitura della massa molle estratta era come quella di un sarcoma, costituita specialmente da cellule rotonde; però l'esame non diede un risultato interamente sicuro.

Un secondo caso fu osservato da Langenbeck nella sua stessa clinica nel 1859. Un medico aveva portata una malata nella clinica, acciocchè si procedesse subito all'estirpazione di un polipo dell'utero, il quale cagionava gravi emorragie; disposto il tutto per l'operazione, fu esaminata la vagina, dove fu trovato un tumore molle, grosso come la testa di un feto di 5 mesi, e che aveva un peduncolo piatto, arrotondato, lungo circa 2″; la fragilità ne era tanta, che molti frammenti se ne distaccavano durante le emorragie; non si potè sentire la bocca dell'utero: fu fatta l'esplorazione rettale, ed avendo il Prof. Langenbeck trovato uno spazio vuoto nel posto dell'utero, giudicò che dovesse essere un'inversione di quest'organo, e naturalmente non fu più fatta l'operazione. Il tumore vegetato sul fondo dell'utero era della natura di quello del caso sopra narrato. La malata morì pochi giorni dopo la visita con sintomi di edema polmonare. — Nella sezione fu trovato l'utero completamente inverso, in modo che veduto dal cavo addominale rappresentava un imbuto, dentro cui eransi cacciate le trombe e le ovaie.

Un terzo caso nella state scorsa fu pure mandato nella clinica di Langenbeck con diagnosi di polipo uterino; la malata temeva molto l'esplorazione, e però dovendo far questa, fu preparato tutto anche per operarla. In questo caso pure la diagnosi fu rischiarata dall'esplorazione rettale; si trattava di un'inversione completa dell'utero. Fino ad oggi è stata in questa inferma tentata più volte la riduzione con diversi istromenti, ma senza alcun risultato.

Langenbeck crede che possa facilmente ovviarsi ad un errore di diagnosi, ponendo a profitto i seguenti dati per riconoscere un *utero inverso;* nell'esplorazione vaginale si va ad urtare col dito in un corpo alquanto piatto; non si limita, come nel polipo peduncolato, la rotondità del tumore verso l'alto; se si giunge al fondo della vagina, non si sente la bocca dell'utero; l'esplorazione rettale fa riconoscere uno spazio

Digitized by Google

vuoto verso il davanti del bacino. Raccomanda in fine di mai trasandare quest' ultimo esame prima di operare un polipo dell' utero, giacchè o servirà a constatare la grandezza del tumore, ovvero non farà commettere un errore di diagnosi, che può riescire fatale.

Rapporto alla terapia, dice Langenbeck che può esser praticata con successo l' amputazione dell' utero, quando nel cavo peritoneale sia avvenuto un concrescimento nel punto dell' inversione; però essendo molto difficile di poter determinare, quando ciò sia avvenuto, crede che debba procedersi all' amputazione solo dopo aver tentato inutilmente tutti i mezzi possibili di riduzione, e quando si ripetano molto profusamente le emorragie mensili. Volendo amputare, deve ciò farsi con l' *écraseur*, od anche meglio con la legatura metallica. L' amputazione dell' utero in tali casi fu praticata più volte con buon esito, e fra gli altri da Wrisberg in Gottinga (1).

(1) Anche Marion Sims in un caso d' inversione dell' utero praticò l'amputazione con successo, adoprando l'*écraseur* (Schmidt's Jahrbücher Bd. 134, N. 1). Köberle di Strasburgo e Padieu di Amiens curarono pure felicemente in simil modo due casi di utero inverso.

(*La redazione.*)

Höning. — *Comunicazioni dalla clinica ginecologica di Bonner.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 6, 1869.

1) *Grande polipo fibroso, nato sulla parete inferiore dell' uretra, che con una parte riempie interamente la vagina dilatata, e coll' altra esce fuori dalla vulva.*

Questo caso fu osservato in una donna nubile di 41 anni, che fu ricevuta nella clinica il 25 Maggio 1868. La malattia datava da 3 anni, poichè in tale epoca cominciò a soffrire perdite di sangue dai genitali. Nel Maggio del 67 l' inferma si accorse di un tumore all' ingresso della vagina un po' all' innanzi ed a destra, che aveva « l' aspetto e le qualità di un edema. » Tale tumore cagionava poco fastidio, e dopo che la malata ebbe guardato il letto parecchie settimane, e presi alcuni rimedi purgativi, sparì interamente per ricomparire alcuni mesi appresso più grande; però anche questa seconda volta scomparve coi rimedi prima adoperati. Nel Gennaio 1868 la malata ritornò sotto la cura medica, perchè era ricomparso il tumore molto più grande di prima, cagionandole in ispecie ritenzione d' orina e delle fecci: da quel tempo dovette esser sempre cateterizzata. Una parte del tumore sporgeva dalla vulva, e questa fu legata e recisa nel Maggio. La parte asportata, secondo l' espressione dell' inferma, era grande come una testa di bambino. 14 giorni dopo l' operazione entrò nella clinica. — Quando fu esaminata nella clinica scorgevasi un tumore fuori della vulva della grandezza di un grosso pugno, dove molle, dove duro, ed in qualche punto ulcerato; aveva aderenze coll' imene, e si potè entrare in vagina col dito solo al di sopra della commessura posteriore. L'esplorazione era dolorosa; fluiva dalla vagina molto siero sanguinolento, e si sentiva nella vagina stessa un tumore di considerevole circonferenza. La malata era molto decaduta; la temperatura nella sera raggiungeva 39, 9, ed il polso oscillava fra 100 e 120.

Il 27 Maggio fu cloroformizzata l' inferma, e distaccate le aderenze si potè trovare, che tutto il tumore era attaccato mercè un peduncolo alla parte anteriore della vagina, subito dietro l'osculo vaginale nella parete inferiore dell' uretra: con la mano fu tirata fuori forzatamente la parte di tumore, che era dentro la vagina, e con le forbici venne tagliato il peduncolo, che era della grossezza di un dito. Frenata l' emorragia, si osservò che la parete superiore della vagina era esulcerata, ma che l' utero era in stato normale. Dopo l' operazione la malata ebbe iniezioni di acqua tepida nella vagina; non venne febbre, anzi dopo due giorni la temperatura, prima elevata, si fece normale. Nell'8 Giugno fu rilasciata; la malata aveva già ripreso un aspetto soddisfacente.

Il tumore asportato aveva la forma di un oriolo a polvere, il cui punto stretto trovavasi nell'osculo vaginale; la parte situata entro la vagina era circa il doppio più grande di quella che si trovava al di fuori; il tumore esaminato dal Prof. Rindfleisch fu giudicato un fibroide edematoso, e quindi molle, *senza alcuna mescolanza sospetta.*

Il Dott. Höning dice che il presentarsi di questi tumori è cosa molto rara, a confronto del fibroide rotondo della vagina, e dice di averne potuto trovare solo tre casi nella letteratura medica; uno descritto da Gremler, uno da Scanzoni, ed uno da Olivier.

Il fatto, raccolto nell' anamnesi, che il tumore nel suo primo originarsi svanì sotto l' uso di rimedi purgativi e facilitanti il riassorbimento, crede Höning che sia stato interpretato erroneamente, e crede di spiegarlo così: nella prima vegetazione del tumore le pareti vaginali opponevano una grande resistenza alla sua estensione, e quindi si volse verso i punti in cui la resistenza era minore, cioè verso l' apertura che lasciava l' imene; in questo stadio il tumore si presentava simile ad una vescica. Frattanto dopo che la vagina si fu dilatata, il tumore potè di nuovo ritornare indietro, e sfuggire all' esame esteriore. Finalmente la vagina non potendosi più estendere, il tumore dovette di nuovo esser spinto all' infuori.

Digitized by Google

2) *Prolungamento a forma di ala del labbro posteriore della bocca dell' utero.*

Il secondo caso narrato da Höning riguarda un tumore del labbro posteriore della bocca dell'utero osservato nella clinica di Bonner, e che non poteva classificarsi nè fra i tumori a cavolo fiore (Clarke), nè fra i prolungamenti ipertrofici (Kennedy), nè fra quelli a forma di proboscide (Virchow); assomigliavasi solo al tumore descritto dal Prof. Simon, ed a cui diede il nome di prolungamento a forma di ala; pertanto gli fu conservato questo nome.

Quando la malata fu ricevuta nella clinica, era da circa un anno che aveva cominciato a soffrire per frequenti emorragie, e per aggravamento di un' abituale leucorrea. Si sentiva debole, era dimagrata. L' ispezione dei genitali esterni faceva scorgere un eritema alla vulva, ed alla superficie interna delle coscie, causato dallo scolo leucorroico, che seguitava ancora. Fra le grandi labbra appariva un tumore appianato, che si assottigliava nell' ingresso della vagina, formando un collo rotondo, che tornando ad ingrossarsi di nuovo verso l' alto, andava a formare un tutt' uno col labbro posteriore della bocca dell' utero. — Il Sig. Veit lo escise con le forbici, frenò l'emorragia col ferro rovente, ed introdusse in vagina un tampone di ovatta inoliata. — Il tumore estirpato era lungo 6 ¾ centim., largo 4 ¼ nel suo punto di maggiore larghezza; il diametro del collo del tumore era di 1 centim. Il peduncolo era duro, il tumore ricoperto in gran parte dalla mucosa, che *nei punti* esposti all' aria aveva un aspetto secco. L' esame microscopico dimostrò che la sostanza fondamentale del tumore era tessuto connettivo, ricoperto da parecchi strati di epitelio piatto; nella superficie trovavansi numerose papille, e parecchie glandule mucose, la cui superficie interna era ricoperta da epitelio cilindrico.

La malata aveva 49 anni, ed aveva partoriti 7 figli. — Nel 9.° giorno dopo l'operazione partì guarita dall' Ospedale.

Blaschko. — *Epilessia in seguito di sifilide.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 6, 1869.

Avendo Romberg dichiarato, che spesso le cause dell' epilessia rimangano occulte non ostante le più accurate investigazioni, e non avendo annoverata la sifilide fra le cause conosciute, Blaschko crede interessante la comunicazione di un caso da lui osservato, e curato felicemente, in cui l' epilessia aveva la sua ragione di essere soltanto nella sifilide. — Si tratta di un operaio ammogliato con figli, e che sin dopo i trenta anni aveva sempre goduto di una salute eccellente; dopo tale epoca contrasse una sifilide, che curata internamente col ioduro di mercurio, e coi caustici sulle ulceri del pene, diede nondimeno luogo a fenomeni sifilitici secondari sulle fauci, nella lingua e nell' ano. Fu apparentemente ottenuta la guarigione mercè spennellature di tintura di iodio, e grandi dosi di ioduro di potassio per uso interno. Però in seguito si lagnava spesso di dolore di capo, e di disgusto al lavoro; la sua moglie dopo questo tempo abortì tre volte nel corso di un anno, mentre prima aveva sempre partorito figli sani e robusti. Nel Maggio dell' anno decorso i dolori di capo si erano fatti più intensi, ed una notte fu preso da convulsioni epiletiche senza che fosse preceduta alcuna causa occasionale. Furono prescritte pillole di atropina, ma inultilmente, perchè dopo circa otto settimane si ripetè, pure di notte, un accesso epiletico, a cui tenne dietro un considerevole dolor di capo. Da indi in poi gli accessi recidivarono con molta frequenza, dapprima solo nella notte, appresso anche nel giorno. Blaschko prescrisse la cura mercuriale con la pomata, che finalmente fu intrappresa; sopravvenne salivazione abbondante, e da quel tempo fino ad oggi, l' infermo è rimasto completamente libero dal suo male, ed è ritornato vegeto e robusto in modo da potere attendere incessantemente al lavoro.

Blaschko dice che era indubitabile l'esistenza della sifilide pei sintomi propri, che aveva il malato prima che fosse curato col ioduro di potassio, e che in appresso la latenza del virus veniva dimostrata dai frequenti aborti sopravvenuti nella moglie, non che dai violenti dolori di capo, che qualche volta assalivano l' infermo. L' epilessia doveva avere per sorgente la stessa causa, mancandone qualunque altra a cui si potesse fare appello; avvalorava quest' idea il fatto, che gli accessi in sul principio sopravvenivano solo nella notte. L' esito brillante ottenuto mercè la cura mercuriale giustifica pienamente il concetto, che si era formato della malattia.

Tillaux. — *Apparecchio a ferule gessate di Maisonneuve.* — (Bull. de Thérap.) Journ. de Méd. de Lyon, 1.° Octobre 1868.

Tillaux non conosce nessun apparecchio di maggiore utilità di quello di Maisonneuve, perchè può rimpiazzare molti degli altri, mentre sovente non può essere rimpiazzato da alcuno. — L' applicazione ne è semplicissima. Alle pezzuole comuni, di cui si serviva Maisonneuve, l'A. ha sostituito la *tarlatane*, il cui tessuto rado permette una più completa impregnazione di gesso. Supponiamo che si tratti di applicare questo ap-

Digitized by Google

parecchio alla gamba, che è il caso più frequente. Esso allora si compone di tre ferule, una posteriore e due laterali. Queste sono fatte con otto o dieci addoppiature di tarlatane, tagliate di lunghezza e larghezza proporzionate a quella del membro. La ferula posteriore parte dalla punta delle dita, che deve un po' oltrepassare, fino al di sopra del poplite. Le due laterali sono costituite di un solo pezzo di stoffa, che passa sul mezzo della pianta del piede, alla foggia di una staffa. Queste ferule, tagliate preventivamente della misura voluta, vengono bene imbevute nella miscela di gesso, e poscia spremute. Il membro essendo convenientemente sollevato e sostenuto da aiuti nella posizione ove il chirurgo vuole fissarlo, si comincia per porre la ferula posteriore, poi in seguito le due laterali, le quali come si è detto, sono fatte di un sol pezzo, che nella sua metà viene collocato sotto la pianta del piede. Queste ferule ben applicate e mantenute dagli aiuti, il chirurgo le fissa solidamente, col mezzo di una fascia secca comune, sopra tutta l'estensione del membro. L'aiuto principale, incaricato di tenere il piede nella posizione voluta e di fare l'estensione, non abbandona il suo posto che quando l'apparecchio comincia a seccarsi, cioè dopo due o tre minuti al più, se la miscela è stata ben fatta. Al termine di un quarto d'ora circa la fascia secca è tolta. Le ferule sono solide, addattate esattamente sul membro, che è così sottratto al più piccolo movimento parziale, e bastano alcune striscie di diachylon a mantenerle in posto.

Il grande vantaggio di questo apparecchio si è che, immobilizzando del tutto il membro, si lascia allo scoperto la parte anteriore della gamba, ed è permesso così di sorvegliare ogni possibile spostamento.

Come tutti egli apparecchi inamovibili l'apparecchio ingessato può adoperarsi nei casi seguenti: 1.° fratture semplici; 2.° fratture con lussazione; 3.° fratture complicate; 4.° ferite articolari; 5.° resezioni, e raddrizzamenti con o senza tenotomia. — Esso può essere reso impermeabile spalmando la sua superficie di una vernice (sia la vernice copale del commercio, la vernice copale inglese, la vernice terebentinata) o di una soluzione eterea di resina.

Uterhart. — *Un caso di echinococco della milza guarito.* — Berlin. klin. Wochenschr. N. 3, 1869.

Il caso comunicato da Uterhart riguarda un tumore da echinococco della milza sviluppatosi lentamente in una donna, e che fu diagnosticato nella clinica di Hueter, dopo averne fatta la esatta delimitazione, ed osservata la escursione sotto i movimenti respiratori ecc. Però la comunicazione di questo caso più che per la storia della malattia, che offre alcunchè di straordinario, è interessante per ciò che riguarda la cura. Nella clinica di Hueter al metodo di Récamier si preferisce quello di Simon per operare gli echinococchi degli organi addominali. Tal metodo, come si sa, consiste nella doppia punzione della cisti, operata a circa 4 centim. di distanza, la prima con un trequarti esplorativo, e la seconda con uno più grande. Si lasciano in posto le cannule per parecchi giorni, e ciò allo scopo di provocare aderenze fra le pareti della cisti e quelle dell'addome; allora un'incisione praticata fra le due cannule riesce senza pericolo, e permette di porre termine felicemente alla cura. Il vantaggio di questo metodo su quello di Récamier, come già espose altrove Uterhart, consiste specialmente in ciò, che in un errore di diagnosi, facile ad accadere, la puntura del trequarti esplorativo riesce di nessun pericolo a confronto del caustico, quand'anche si offenda il fegato o la milza. Il presente caso, narrato da Uterhart, ammaestra però chi vorrà adoprare il metodo di Simon, su di una circostanza di molto interesse. In questo invece delle pareti della cisti si trovarono sotto il coltello le anse intestinali concresciute con le pareti dell'addome, e che avevano spostata la cisti da un lato: quest'inconveniente accadde per avere introdotte le cannule dei trequarti alla profondità di un centimetro circa. Il relatore consiglia pertanto, ad oggetto di evitare un fatto consimile, di spingere le cannule per parecchi pollici entro il cavo della cisti, sino anche a toccarne la parete opposta: sarà allora impossibile agli intestini anche meteorizzati, di spostare la cisti in modo da disimpegnarla dalle estremità delle cannule. Il caso, di cui sopra, fortunatamente ebbe un esito felice, perchè forse le punture sollecitarono il riassorbimento del contenuto della cisti già suppurata, e conseguentemente il raggrinzamento di essa.

Nel fascicolo del passato Febbraio sono occorsi due errori tipografici.

Errata	Corrige
Pag. 33, *col.* 1.ª, *lin.* 15	
incitare	imitare
Pag. 34, *col.* 2.ª, *lin.* 32	
forte del	forte che del

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 4. BOLOGNA 30 Aprile 1869.

MEMORIE ORIGINALI

SOPRA IL FERMENTO MORBIFERO

CONSIDERAZIONI ED ESPERIENZE

DEL

Dott. ACHILLE DE-GIOVANNI

Assistente alla Clinica Medica nella R. Università di Pavia (1).

Per la terza volta scendo in così difficile arringo (2), nè sarà l' ultima, perchè desidero che le mie convinzioni emergano dalle esperienze, e queste moltiplicherò, finchè avrò un dubbio in me tanto sulla tesi generale del fermento morbifero, quanto su quella speciale di ciascuno dei morbi, la cui eziologia vuolsi legata alla storia naturale dei fermenti. Epperò la presente comunicazione non sia che un preludio a studi, che andrò poscia maturando.

Scopo mio non è quello d' infirmare le altrui osservazioni, nè tampoco di sollevare dubbi sulla verità dei fatti, oramai numerosissimi, raccolti da ogni parte del mondo scientifico. Ma voglio soltanto discutere la dottrina del fermento morbifero, per dimostrare come, malgrado la verità dei fatti sperimentali, la non giusta interpretazione di essi conduca ad erigere una teoria, che, se non erro, ha in sè il germe della propria decadenza.

Parte I.ª

Alcuni dei morbi, cui va soggetto l'uomo, considerati nel quadro sintomatologico, offrono tra di loro non poche analogie, e ciò malgrado ciascuno riconosce una particolare derivazione, un'origine propria; ne sia esempio il gruppo di quei morbi che si dissero *da infezione*. Se dalla analogia dei sintomi volessimo indurre la identità della causa, chi non vede quanto andremmo errati? — Eppure questo errore fu commesso allorquando, per aver provocato in animali certe lesioni anatomiche e certi sintomi che rammentano quelli della tifoide, si produsse l'ipotesi, che questa provenisse dalla medesima causa, che era stata introdotta nell'animale. E dietro questa molte altre ipotesi, mille altri esperimenti, tutti più o meno favorevoli all' ipotesi sommaria del fermento morbifero.

Ma si rifletta bene che la natura dei sintomi è subordinata alla qualità del sistema, all'organo ed ai tessuti malmenati dalla causa morbosa. E come i sintomi propri d'un apparato, d'un organo si riproducono per l'azione di cause diverse, così ancorchè sieno state prodotte artificialmente in animali lesioni anatomiche e sintomatiche somiglievoli a quelle che si verificano nell' uomo per certe malattie, non si deve inferire che queste e quei disordini provengano dalla istessa causa; ma si dirà invece, che esprimono l' alterazione degli stessi organi o d' un medesimo sistema.

Le malattie da infezione hanno di comune una particolare modificazione della crasi sanguigna, sia questa primitiva o secondaria ancora nol sappiamo, operata dal principio infezionante; desse determinano alterazioni anatomiche nel sistema glandulare in genere - milza, glandole linfatiche, intestinali ecc.; in esse riscontriamo la tendenza al deperimento grassoso di alcuni organi importanti - miocardio, reni, fegato, muscoli; desse somigliano ancora per quella singolare partecipazione, che in tutte prende il sistema nervoso nel delineare il quadro dei sintomi, i quali si distinguono ora per l' eccitamento, ora per l' abbattimento della innervazione. Laonde il pensiero, che tutte le malattie da infezione dipendano da cause affini per la natura, è appagante, e ci può sembrare altresì vero. I medici espressero già un eguale convincimento, assembrando quelle malattie in un solo gruppo; e per soddisfare nel miglior modo alla esigenza della clinica, la quale fra le note a tutte comuni indica dei caratteri particolari a ciascheduna, vennero nella sentenza che si dovesse riconoscere un principio infezionante pel tifo, pel vaiolo e via dicendo.

Il principio infezionante rimase quindi un'inco-

(1) Questo memoria fu letta al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nell' adunanza 18 Marzo 1869.

(2) Vedi *Annal. Univ. di Med. Genn.* 1865, e *Gazz. Med. Lomb. Agosto* 1866. — Colgo questa occasione per dichiarare al Sig. Geissler che non ha fedelmente tradotto il mio concetto, facendo del primo dei qui indicati lavori qualche cenno in una sua rivista sugli *Schmidt's Jahrbücher* (B. 135. s. 250). — Nè io suppongo essere il tifo e la intermittente sostenuti da un fermento morbifero, nè raccomando l' uso dei solfiti contro queste malattie come uno specifico; anzi assevero tutto il contrario. Indico i casi in cui credo vantaggiosa la medicazione solfitica, ma quelli non si comprendono fra le malattie da infezione.

Digitized by Google

gnita; e quando si concepì l'idea dell'esperimento, che consiste nell'introdurre in un organismo animale delle sostanze *in fermentazione*, e si notarono sintomi che ricordano quelli delle malattie da infezione, e si descrissero alterazioni anatomiche corrispondenti a quelle constatate in coteste malattie, dalla conoscenza che si aveva della sostanza introdotta nell'organismo dell'animale si venne all'ipotesi del fermento morbifero, che rafforzata dal concetto della fermentazione, quale veniva per recenti studi elaborato, si condusse a far parte delle mediche discipline.

A dir vero questa ipotesi non venne legittimamente fra di noi; gli sperimenti sugli animali, dopo le fatte considerazioni, perdono una gran parte del loro valore; quegli esperimenti, che sono la prima pietra dell'edifizio teorico sul fermento morbifero, esprimono null'altro se non che un modo artificiale, onde ponno infermare organismi animali. Se altre conseguenze voglionsi trarre da quegli esperimenti, desse non sono logicamente derivate dalla osservazione dei fatti provocati, nè dalla conoscenza di tutti gli elementi portati ad agire sui tessuti dell'organismo. Da quegli esperimenti nacque il pensiero, che gli infusori, introdotti nell'animale economia, forse sono la causa delle malattie zimotiche, non perchè dalla considerazione del fatto complesso costituente l'esperimento risultasse, che null'altro in fuori degl'infusori s'avesse ad incolpare dei sintomi osservati; ma perchè degli elementi inoculati negli animali si conoscevano meglio gli infusori, e questi, secondo la vigente teoria, sarebbero incaricati di promovere la fermentazione. — I fermenti divennero così i protagonisti delle scene morbose.

Secondo me un'ipotesi accampata come questa, senza la scorta di migliori indizi, contrasta coll'indole severa e positiva degli studi moderni. Se non si deve ammettere, che ciò che emana chiaro e lampante dai fatti, quell'ipotesi è falsa o intempestiva. Ma essa è ancora intempestiva e falsa, perchè riposa sopra l'*ipotesi* della fermentazione intorno a cui si aggirano ancora i litigi dei naturalisti, e perchè è sorta dalla considerazione non già di tutti gli elementi, che hanno giuocato nell'esperimento, ma di qualcuno soltanto.

Tuttavia siccome l'ipotesi fu fatta, accolta ed introdotta nella parte dottrinale sull'eziologia dei morbi da infezione, così non può essere respinta con argomenti puramente razionali, ma si richiede che gli esperimenti pronuncino spontanei la loro sentenza. — In altra circostanza dimostrai, che colla teoria del fermento morbifero non si mettevano in chiaro tutti i fenomeni, che presentano le malattie zimotiche, e dimostrai pure che alcune lesioni anatomo-patologiche, relative al sistema glandolare, non si accordano con quella teoria. Ora sono condotto a non accettarla, perchè contro di essa militano i seguenti fatti di mia osservazione.

Ho esaminato un numero considerevole di ammalati per febbre intermittente miasmatica, e non ho mai veduta alcuna di quelle alterazioni, che descriverò più sotto, e che avrei tenuto quale indizio sicuro dell'esistenza del così detto fermento. Ho trovato gradi vari di oligoemia, di leucocitosi e di leucemia; ma fra i globuli mai nulla, che mi generasse il sospetto della presenza del fermento. Ho riscontrato dei granuli di pimmento o sparsi o raccolti in masse, e queste talvolta cinte come da uno speciale involucro; ho notato delle concentrazioni pimmentarie nei globuli rossi e bianchi; ma indarno perlustrai tutto il campo microscopico, onde sorprendere in qualche punto il fermento. — Ed ho esaminato il sangue di individui, in cui la febbre intermittente aveva origine dal miasma, ed era di recente data; di individui portanti l'impronta della cachessia palustre, durante gli accessi e durante l'apiressia.

Ho esaminato il sangue tifoso - tre casi di tifoide, ed uno di tifo petecchiale occorso nell'Ospitale Maggiore di Milano nel comparto deliranti (il paziente aveva il corpo tutto quanto sparso di petecchie), ma il reperto fu negativo. Vidi quando più quando meno pimmentati i globuli sanguigni, più o meno spiccata la leucocitosi.

Ho esaminato il sangue di un ammalato, che decombeva nella sala chirurgica dell'egregio primario signor Dott. Beolchini nell'Ospitale di Pavia, e che avendo in corso una vasta suppurazione, fu colto da fenomeni piemici, e tratto a morte. — Volendo questa volta interrogare il voto di persona meglio di me competente in simil genere di ricerche, osservai il sangue insieme coll'amico mio l'egregio Prof. Leopoldo Maggi, i recenti studi del quale, fatti insieme coll'illustre Professore Balsamo Crivelli intorno alla produzione di alcuni organismi inferiori, attendono d'essere presi in serio esame dai medici. — Ma anche in questa circostanza le mie ricerche andarono vuote; quantunque, se vi aveva caso che più d'ogni altro reggesse al confronto con quelli artificialmente provocati iniettando pus nelle vene di animali, fosse quello appunto da cui trassi il sangue.

Ho esaminato sangue di vaioloso in piena eruzione, ed ancora non mi scontrai col tanto ricercato fermento.

È bene che qui avverta aver io nella maggior parte dei casi estratto il sangue dalla vena, ed *eseguito l'esame microscopico immediatamente dopo il salasso*, che dirò *pro forma* non fu mai tale da tornare di danno ai pazienti.

Volendo ora annunciare in modo però generale, quanto mi parrebbe tenere un certo rapporto colle malattie da infezione, e che raccolsi praticando gli esami dianzi esposti, direi essere stato colpito dal fatto per cui alle volte i globuli ematici, invece di disporsi in serie come rottoli di moneta, si presentavano accatastati senz'ordine di sorta

Digitized by Google

e diversamente alterati nella forma, o nell'atto istesso che principiava l'osservazione od in seguito perdurante la medesima; accuserei la presenza di un numero rilevante di globuli bianchi nella tifoide a corso inoltrato (2.° settenario), nel vaiolo pure a corso inoltrato; qualche volta ho veduto il protoplasma delle cellule bianche privo di nucleo, mentre non iscorgeva nuclei liberi; e questi in altra osservazione trovai piuttosto numerosi e come raccolti fra loro, dove minore era l'accumulo dei globuli rossi, in un angolo della preparazione. Ma non voglio si creda che queste cose, che accenno soltanto perchè ho osservate frequenti nei casi morbosi, abbiano per me tale significato da sostituirsi di pianta al fermento ideato da altri. Anzi mi affretto a dichiarare, che desse forse altro non sono se non che uno degli effetti di quella ignota influenza, da cui mossero gli atti morbosi dell'organismo. Tuttavia siccome le qualità fisiche dei globuli emanano dalla loro costituzione chimica, così io mi limito quivi ad esprimere il pensiero, che lo studio delle cellule sanguigne mediante alcuni modificatori artificiali di ben nota proprietà condurrà forse a conclusioni attendibili. Per intanto accennerò di volo, come a questo pensiero sieno favorevoli alcune esperienze, che già da tempo istituiva Schmidt col sangue umano (*Ann. d. Chim. appl. à la Méd. V. 24 p.* 59); il quale avrebbe stabilito, che gli albuminoidi del sangue, date certe condizioni, ponno subire tali alterazioni da costituire dei fermenti (?) specifici, il che non avverrebbe se il sangue è normale. — Sottraendo a queste espressioni ciò che il progresso ulteriore della scienza dimostrò meno proprio o non vero, rimane però il concetto fondamentale dell'alterato chimismo del sangue in alcune condizioni morbose, e questo, a mio avviso, dev'essere l'obbiettivo dei medici-naturalisti, quando abbiano scosso l'impero della teoria dominante sulla fermentazione.

Parte II.ª

Quando Virchow da Berlino proclamò al mondo medico il suo assioma dottrinale *omnis cellula e cellula*, eccetto i pochi osservatori indipendenti ed i non pochi adoratori del passato, la maggior parte dei medici risposero in coro: *omnis cellula e cellula*.. — Virchow aveva minato la teoria di Rokitanski; ma il patologo di Berlino non aveva però cancellato i fatti, che erano fondamento a quella teoria, e la splendida *patologia cellulare*, che divenne il credo di ogni medico studioso, tratto tratto era offuscata da chi non sapeva sconfessare, ciò che il patologo di Vienna aveva osservato di vero, e ciò che dopo Virchow vennesi raccogliendo di contrario alla di lui teoria. Ed ora siamo a tale, che spogliato della veste dottrinale quanto abbiamo ereditato da Rokitanski e quanto da Virchow, è mestieri mutare sentenza, onde essere in armonia coi fatti accertati. Dal che si vede, che in ogni teoria va distinta la parte positiva dalla parte dottrinale; quella meglio appurata e perfezionata rimane imperitura, questa col perfezionarsi della prima sfuma e dilegua insensibilmente, finchè d'essa non sorvive che la memoria.

Non dissimile volge ora il destino della teoria della fermentazione morbifera. — La veggiamo sbocciare dai primi esperimenti eseguiti da Davaine, inoculando nelle vene di animali del sangue tratto da altri periti per quella malattia, che in Francia si dice *sang de rate* (cancrena della milza); quindi la veggiamo fiorire per l'opera di Meissner, Polli ed altri. Non giovarono le osservazioni negative, nè le critiche fatte a bella prima da Leplat e Jaillard ad impedirne lo sviluppo, che seducendo troppo lo spirito degli sperimentatori, questi non s'incaricarono che di arricchire la messe dei fatti favorevoli, punto o poco curandosi dei contrari. E in breve quella teoria crebbe e invase buona parte delle dottrine patologiche. Finalmente Thomé, Klob, Hallier giunsero a coronare l'opera, dettando pagine veramente pregevoli elaborate sopra i risultati delle loro esperienze. — La teoria è così attraente, che volontieri a lei si sposa lo scenziato bramoso di scoprire misteri; e Bechamp ci addita speciali fermenti, i *microzima*, che hanno sede costante dentro gli organi del nostro corpo, e là stanno forse a suscitarvi le azioni fisiologiche e patologiche. Che cosa ci rimane per poter asserire, sempre basati a fatti di osservazione, che le funzioni vegetative del nostro organismo altro non siano che il risultato di tante fermentazioni? — La teoria tocca l'apogeo.

Ma il fermento dell'oggi è la forza vitale di ieri; teoricamente quindi la scienza non ha progredito, ed i fatti non rendono il frutto di cui sono capaci, perchè isteriliti dalla teoria.

Prima che il concetto della fermentazione ideato da Pasteur fosse importato nel campo medico, e da esso, quasi fecondate, germogliassero le nuove idee ed esperienze di Davaine e di chi lo seguiva poscia in quel genere di ricerche, esistevano fatti analoghi nella scienza, che furono registrati ed interpretati colle nozioni positive ed ancora vigenti della fisio-patologia. — Wunderlich (*Path. Physiolg. des Blutes. Stuttg.* 1845) parla di inoculazioni fatte con sostanza putrida nelle vene di animali, ed il reperto necroscopico è quale si conviene al processo embolico riconosciuto dall'autore medesimo ed artificialmente determinato. Quaglino e Manzolini (*Dell'influenza che esercitano sull'animale economia pus e sostanze putrefatte. - Ann. univ. di med. V.* 128) nel 1848 imprendono numerose esperienze, inoculando nelle vene degli animali pus e sostanze putrefatte; reperto costante sono gli ascessi multipli negli organi respiratori, lesioni in-

Digitized by Google

flammatorie nel tubo digerente, *e perfino la gangrena*. Questi medesimi autori hanno pure dichiarato, che iniettando le sostanze sopraccennate in modo da non perturbare menomamente il circolo, l'operazione *non arreca sensibili disturbi nella salute*. Le esperienze di Panum ne' suoi studi sopra l'embolismo ci forniscono esempi consimili a josa. — Or bene, le stesse esperienze, gli stessi risultati in tempi ulteriori, sotto il predominio di idee preconcette, hanno partorito l'idea del fermento morbifero.

Se questo fermento esiste, lo vedremo poscia; ora invece annuncio, che a mio avviso le esperienze suddette hanno tutt'altro significato di quello, che loro attribuisce l'idea preconcetta del fermento morbifero. I sintomi tifoidei, che l'illustre Prof. Polli ha constatato nei suoi esperimenti sopra cani (*Vedi Memorie del R. Istituto di Scienze e Lettere*, *Vol.* 8.°), non possono essere presi a sostegno della teoria da me controversa. Imperocchè le risultanze necroscopiche da esso lui registrate sono uniformi con quelle segnalate dagli altri sperimentatori testè citati; e come abbiamo veduto in tutte figurare gli ascessi multipli, quei sintomi tifoidei emanano da un processo piemico insorgente dietro la formazione dei moltissimi ascessetti nel polmone rinvenuti. E le stesse lesioni intestinali non denno riguardarsi altrimenti che come sconcerti circolatori determinati dagli esperimenti. — Quaglino e Manzolini hanno veduto *perfino la gangrena*, vale a dire necrobiosi di elementi, per oppilazioni vascolari fatte dagli emboli. Che se anche volessimo considerare le esulcerazioni della mucosa e gl'ingrossamenti dei follicoli come espressione di un processo generale affine a quello della tifoide, non si andrà lungi dal vero subordinando quelle lesioni alla pioemia insorta per le suppurazioni emboliche. E su ciò non è nemmeno mestieri che invochi a mio sostegno l'esperienza clinica, perchè a tutti è nota la sintomalogia e il reperto anatomo-patologico del processo da infezionepiemica. Le stesse lesioni intestinali finalmente, quanto al tempo e all'estensione e profondità in cui si presentano, tradiscono una dupplice origine, quando l'embolismo dei vasi dell'intestino, quando il processo piemico e forse anche septicemico.

Dopo queste considerazioni mi pare giusto conchiudere, che le esperienze, su cui è fondata la teoria del fermento morbifero, hanno valore in quanto dimostrano un modo di ammalare degli organismi animali dietro certe cause, ma non esprimono niente affatto che le malattie da infezione siano determinate da cause eguali o della natura di quelle che si sono portate in giuoco nell'esperimento.

Mi si potrebbe obbiettare, che anche ammesse tutte le considerazioni sino a qui esposte, non si deve poi negare, che le sostanze usate dagli esperimentatori non abbiano da agire che nella guisa da me annunciata. Inoltre mi si potrebbero citare esempi comprovanti la presenza di cause morbose, velenose, deleterie nelle sostanze inoculate; mi si potrebbe opporre l'azione disinfettante, antifermentativa esercitata dai solfiti negli animali sottoposti all'esperimento.

Non nego tutto ciò; ma non vi do l'importanza che riscosse da chi sostiene la teoria del fermento morbifero. E poichè ho formulata l'obbiezione, mi sia permessa qualche altra considerazione, colla quale verrò io pure ad affermare, che nei liquidi inoculati esiste una particolare attività deleteria; ma insieme dimostrerò brevemente, che non si può per questo rendere più salda la teoria del fermento morbifero.

Davaine nel 1850 (*Comp. rend.* 1863) osservò i bacterii nel *sang de rate;* nel 1863 inoculò del sangue di animali affetti dalla stessa malattia, *speditogli da* Dourdan; in questo pure riscontrò i bacterii. In uno dei due conigli operati constatò i bacterii del sangue vita durante, ma punto nell'altro, in cui invece si manifestarono dopo morte. Ritentò un'altra esperienza, e l'animale questa volta sorvisse all'operazione. — Ora io penso, che se Davaine avesse tenuto calcolo di tutti i risultati conseguiti, non avrebbe lasciato senza osservazione nè la mancanza dei bacterii nel secondo coniglio, nè l'essere sorvissuto il terzo malgrado il subito innestò della medesima sostanza. Se un coniglio periva, benchè non avesse mostrato in vita i bacterii nel sangue, i quali invece se gli svilupparono *post mortem*, era naturale il conchiudere che qualche altro principio operava da causa morbosa, e non gl'infusori, i pretesi fermenti, e che questi ne dovevano essere forse l'effetto. Tale invero è il pensiero di Delafond (*Comp. rend. t.* 57 *p.* 386), di Marchal de Calvi (*Montpel. méd. Octobre p.* 379, 1868), di Bechamp ed Estor, i quali ultimi convengono nell'ammettere, che le granulazioni molecolari contenute nelle cellule animali (*microzima*) in certe condizioni possono trasformarsi esse stesse in bacteri, e questi allora sono un effetto della malattia (*Montpel. méd. Nov.* 1868, *p.* 472) (1). Era naturale, dissi, tale conclusione, e lo stesso Sig. Davaine a Laplat e Jaillard, che opponevano osserva-

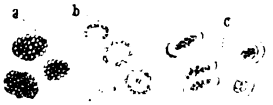
(1) Il Dott. Severi, studiando l'influenza del succo gastrico sopra alcune fermentazioni, ottenne i seguenti risultati per ciò che spetta la *fermentazione putrida:* questa è annullata dal succo gastrico, quantunque gli animaletti, che secondo Pasteur vi agiscono da fermento, si mantengano vivi e sani; si deve ammettere o che il prodotto di fermentazione appena iniziato possa distruggersi dal succo gastrico, oppure che questa fermentazione non sia prodotta da quegli animali (*Bollet. delle scienze med. — e Gazzetta medica di Torino*).

Digitized by Google

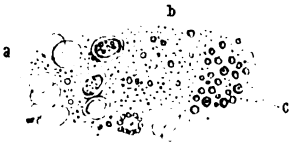
D.r A. De' Giovanni - Considerazioni sul fermento morbifero.

F. 1.

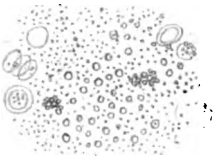
F. 2.



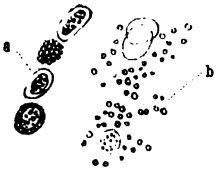
F. 3.



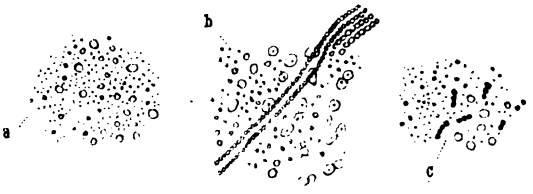
F. 4



F. 5



F. 6.



F. 7.

O. Nannini dis.°

Lit. F.lli Casanova.

Digitized by Google

Digitized by Google

zioni proprie alle di lui osservazioni, ebbe a dire, che questi autori, non avendo trovato gl'infusorii nel sangue dei loro animali, non potevano distinguere *si la mort etait déterminée per l'inoculation de la maladie, ou par l'infection du local par un charbon modifié;* colle quali parole veniva ad ammettere, che le stesse manifestazioni morbose potessero provenire da una causa diversa da quella, che egli riconosce attiva nei suoi esperimenti sugli infusorii.

E dopo ciò poteva egli, potevano gli altri, che lo seguivano su questa, via arrestarsi all'ipotesi che i bacteridi fossero la causa della pustola maligna? E venendo a generalizzare l'ipotesi, era egli strettamente logico l'asserire altrettanto per altre malattie proprie del genere umano? — Un principio velenoso, deleterio entra nelle sostanze adoperate per gli esperimenti, ma quel principio non è costituito dagli infusori; e questi primi esperimenti di Davaine sono tutt'altro che favorevoli alla teoria del fermento morbifero. Quel principio esiste ed opera in grado vario a seconda della quantità in cui viene introdotto, a seconda della recettività dell'animale, ma sempre alterando primitivamente il chimismo del sangue e forse anco degli organi sanguificatori, poichè Feltz (*Schmidt's Jahrbüch. N.* 10, 1867) colla iniezione di un liquido putrescente dopo 7-9 giorni ritrovò un aumento enorme dei corpuscoli bianchi del sangue; e Bizzozero (*Gazz. med. lomb.* 1869, N. 2) in un caso di tifo poche ore dopo la morte *si nella milza che nel midollo delle ossa* (cui competerebbe secondo le osservazioni dell'autore una funzioni ematopoetica) trovò *un'enorme quantità di cellule incolore contenenti vario numero di globuli sanguigni ancora ben conservati.* Questi reperti importanti dischiudono la via ad esperimenti, che saranno fecondi di pratiche applicazioni alla patologia.

Quanto poi all'argomento tolto dall'azione antifermentativa dei solfiti, onde sarebbe quasi paralizzata, ed elisa quella del preteso fermento, come tendono a dimostrare le esperienze dell'illustre professor Polli, io vo limitarmi a dire, che le mie esperienze terapeutiche sull'uomo non mi hanno convinto della esistenza del fermento morbifero. Anzi gli è appunto per questi miei risultati negativi che si rafforza in me l'opinione, che gli esperimenti eseguiti sugli animali per rischiarare l'eziologia dei morbi da infezione non inspirano la fiducia, che pur sarebbe desiderabile. — Ma io non voglio ingolfarmi di nuovo in questo argomento di terapeutica; i pratici, spassionati osservatori, pronunceranno il loro severo giudizio; il tempo, più ancora dei pratici, farà giustizia alla medicazione solfitica secondo che merita. E per dimostrare che nel tempo si maturano e si correggono opinioni abbracciate forse con trasporto perchè seducenti, citerò l'egregio Prof. Cantani, il quale così si esprime intorno ai solfiti: *Confesso d'essermi in principio anch'io ingannato sui solfiti nelle discrasie acute..... ma era il* post hoc ergo propter hoc, *a cui io faccio tanta guerra, che quella volta riuscì di vendicarsi, traendo in inganno me medesimo;* — ed altrove: *Nelle altre malattie sopraccitate* (morbi da infezione ec.) *l'uso interno dei solfiti si può oggi dire privo di risultato* (*Istituz. di Mater. med. e Terap. p.* 153. *Milano* 1867). — Posso adunque lusingami di non errare, se nelle mie esperienze trovo di dovermi convincere sempre più delle opinioni, che ho già pubblicate nel 1865 e confermate poscia, e se di esse mi faccio un criterio onde giudicare della teoria del fermento morbifero.

Parte III.ª

Ora vo' accostarmi ad un altro lato della questione. — Gli attacchi di cui è passibile la teoria, poggiata sopra gli argomenti fin qui discussi, dovevano consigliare un'altra via di esperimento. — Su questa appunto si sono gettati alcuni distintisssimi osservatori, dei quali citerò solo Hallier. Questi, sempre in omaggio alla teoria della fermentazione, vanno in traccia dei fermenti morbiferi, e già si raccolse una discreta messe, poichè si parla di un fungo colerico (*urocisti intestinale*), e si descrivono altri funghi veduti svilupparsi dal sangue morbilloso, tifoso ecc.; e come ho detto tutto va a conforto della teoria sulla fermentazione. E i fermenti che si rinvengono nel sangue, nell'intestino, nel liquore della vescicola miliare, nelle pustole vaiolose, e in qualche altro prodotto dell'organismo, sono per alcuni l'indizio più splendido di probabilità della loro teoria eziologica per i morbi da infezione.

Mi si permetta che io stesso medico muova le seguenti domande ai medici. — Abbiamo noi la certezza positiva, la conoscenza perfetta del modo onde iniziano, si svolgono, si consumano quei processi, che si dicono da infezione? — Noi medici, cui monta sopra tutto spigolare pochi fatti ma certi nel vastissimo campo delle esperienze, non terremo in conto alcune parecchie delle risultanze, a cui vennero Pouchet, Mantegazza, Musset, Joly, Wegmann, oppositori a Pasteur? — Ma dalla contrarietà dei risultati scaturisce il dubbio, e questo tanto più preme e paralizza la dominante teoria, quando meditiamo i lavori pazienti, nuovissimi, coscienziosi sopra la produzione spontanea di alcuni organismi inferiori, or ora pubblicati in Italia dagli egregi professori Balsamo-Crivelli e Maggi (1).

---

(1) Vedi le memorie del R. Istituto lombardo di scienze e lettere:

1.° *Sulla produzione di alcuni organismi inferiori.* Si ri-

Digitized by Google

A questo punto io penso che i cortesi uditori non sappiano dissimulare il dubbio, che si sarà infiltrato anche attraverso le convinzioni loro, come che radicate e sode, e che nel desiderio di cancellarlo vogliano gentilmente accompagnarmi nelle seguenti esperienze.

Prima di tutto ricorderò che le esperienze, di cui ora intendo occuparmi, furono fatte con sangue di uomo sano e con sangue di ammalati, dopo averlo esaminato attentamente e con risultati negativi, quali ho più sopra esposti. L'esperienza quindi incomincia colla osservazione del sangue appena estratto dalla vena, ed il primo reperto, come si vede, è contrario all'ipotesi del fermento morbifero.

Se si pone sopra un vetro portoggetti, intriso d'acqua distillata, una goccia di sangue, lo si protegge col coproggetti, e poi si ha l'avvertenza di non lasciar mai essiccare la preparazione, tenendola per ciò in una atmosfera caldo-umida (20°-26° C.), si osservano dei notevoli cambiamenti nei globuli sanguigni. — Per un tempo che varia dalle 24 alle 48 ore il globulo si conserva pressochè inalterato; scorso questo tempo i globuli più o meno alterati nella forma presentano delle punteggiature nel loro interno od alla periferia (Fig. 1.ª) — Queste punteggiature nel terzo e quarto giorno sonosi già rese più evidenti, ed il globulo s'è ingrandito (Fig. 2.ª). Non tutti i globuli però presentano la stessa dimensione, e fra di essi negli spazi vuoti non si nota alcun che di rimarchevole (1). — Le punteggiature o sono riunite in numero considerevole in modo da riempire tutto ciò che si direbbe la cavità del globulo sanguigno, e questo allora acquista aspetto come di un aggregato di granulazioni trasparenti ed opache (Fig. 2.ª *a*); oppure le granulazioni si distribuiscono alla periferia del globulo, rimanendo il centro quasi libero o avente solo una macchiolina (ivi *b*). che figura come nucleo centrale; oppure finalmente il globulo ingrandito, rotondeggiante od ovale, presenta un doppio contorno ben evidente, essendo lo spazio compreso dal contorno interno provvisto di finissime punteggiature (ivi *c*).

Può il preparato conservarsi tale per del tempo vario, dipendendo le successive trasformazioni dei globuli dalle contingenze atmosferiche. Ma se la stagione è calda, come in Luglio ed in Agosto, e si conserva bene l'apparecchio ad aria umida, di solito sono sollecite le ulteriori trasformazioni. Io ho notato che ad ogni abbassamento della temperatura, come per l'essiccamento dell'aria in cui si conserva la preparazione, rallenta e si sospende affatto quel movimento molecolare, da cui provengono le metamorfosi del globulo sanguigno.

Scorso intanto il tempo necessario, noi vediamo nel campo microscopico, e precisamente negli spazi liberi che esistono tra i globuli, comparire delle granulazioni adunate insieme o sparse (Fig. 3.ª). — Donde queste ganulazioni che prima non esistevano? — Probabilmente dal liquido intercellulare; ma nel preparato si scorgono delle forme anellari a semplice e a doppio contorno (Fig. 3.ª *a*), forme che essendo comparse in una colle granulazioni libere (Fig. 3.ª *b*) ho pensato non siano altro che le forme *c* della figura precedente, dalle quali devono essersi sprigionate le granulazioni libere. — Se inoltre bene osserviamo la figura 3.ª, vediamo commisti alle granulazioni dei corpiciuoli (*c*), aventi i più grossi una finissima puntuggiatura nel centro, tutti trasparenti. Or bene coincidendo la comparsa di questi e delle granulazioni libere colla scomparsa dei globuli *a*, *b*, *c* (Fig.ª 2.ª), è naturale ammettere che granulazioni e corpiciuoli risultino dallo sfasciamento dei globuli. — Nè vogliamo una prova? Consideriamo la fig. 5.ª; essa risulta di globuli (*a*), aventi nel loro interno delle granulazioni, che si sviluppano mano mano, finchè si scioglie l'involucro che le rinchiude, ed esse fatte libere si separano (*b*).

Ma torniamo sopra la figura 3.ª, e consideriamo precisamente le granulazioni (*b*) ed i corpiciuoli (*c*) menzionati. — Le granulazioni a poco a poco ingrossano (Fig. 4.ª), ed allora queste e i corpiciuoli si confondono per l'aspetto, vanno anche modificandosi nella forma (Fig. 6.ª *a*, *b*, *c*), e finalmente disponendosi in serie, e aderendo fra loro danno origine a filamenti, a miceli, a funghi, bualche volta a vibrioni, dei quali non è mio scopo riferire più minuti particolari.

---

petono e modificano le esperienze di Donné nel modo più opportuno per dimostrare, che dai granuli vitellini dell'uovo provengono, per trasformazione dei medesimi, il *bacterium* ed il *vibrio*.

2.° *Sulla produzione di alcuni organismi inferiori in presenza dell'acido fenico.*

3.° *Intorno alla produzione del leptothrix.* Il vibrio bacillus si trasforma in leptothrix, ed è considerato come una forma di transazione per una metamorfosi progrediente.

4.° *Sulla derivazione del bacterium termo Dujardin e del vibrio bacillus Duj.* dai granuli vitellini dell'uovo di pollo; il primo deriva dalle granulazioni vitelline proteiche, il secondo dalle grasse.

5.° *Sulla produzione del bacterium termo Duj. e del vibrio bacillus Duj.;* la loro produzione non è legata a nessun germe; è dovuta alla trasformazione d'un elemento morfologico determinabile anche chimicamente; l'uno passa al *leptomitus*, l'altro al *leptothrix*, quindi il *bacterium termo* ed il *vibrio bacillus* sono vegetali inferiori e forme di passaggio.

6.° *Sulle cellule di fermento.* Sono forme di una sostanza detta mielina, il fermento non è un organismo.

Più che appagata ho stuzzicata la curiosità del lettore, dovendomi contenere nei limiti di una semplice nota.

(1) Tutto al più si vedono qua e colà degli ammassi di materia colorante fuoruscita dai globuli.

Digitized by Google

A me intanto è di sommo interesse l'avere accompagnato grado grado le modificazioni morfologiche della sostanza dei globuli sanguigni fino alla trasformazione loro completa, sicchè acquistai la convinzione *essere tutto il processo, che si direbbe da fermentazione, il prodotto delle affinità chimiche delle sostanze componenti i globuli;* affinità modificate nel loro scopo dalle circostanze esterne, quindi cospiranti ad uno scopo, che non è la conservazione del globuli. Ed ho ancora acquistato la convinzione, *che i cambiamenti suddescritti ebbero luogo senza dell'intervento di alcun che avente gli attributi del fermento.* Imperocchè l'esame diligente, che istituì del sangue appena estratto dalla vena e successivamente, non mi ha fatto scorgere nessuna forma che lo potesse rappresentare. E quelle forme segnate colla lettera *c* nella figura 3.ª le ho vedute formarsi troppe volte e troppo chiaramente, per accogliere il dubbio sulla origine loro indipendente da ogni altra forma consimile preesistente.

Ho poi rafforzata questa mia convinzione con altre esperienze istituite sopra la linfa del vaccino. — Mi procurai della linfa appena estratta dalla pustola; ne feci una preparazione, che conservai poscia nell'artificiale ambiente caldo-umido come il sangue. La linfa era purissima, e scorsi in essa taluna forma cellulare, qualche corpuscolo, non traccia di granulazioni (1). Ma tre giorni dopo che sentì l'influenza dell'ambiente ho veduto raccogliersi qua e là delle finissime granulazioni (*Fig.* 7.ª *a*), e queste svilupparsi mano mano (*b*), e finalmente riunirsi a due a tre a quattro (*c*), presentando un movimento come di embrioni dei *vibrio;* poi queste e le granulazioni attraversare altri stadi di sviluppo, e finire col dare origine ad una forma di fungo, da richiamarmi perfettamente quanto è descritto dagli egregi professori Balsamo-Crivelli e Maggi sulla produzione del *leptothrix.*

Dalle mie osservazioni, che ammontano a dodici (2), 3 sul sangue sano, 3 sul sangue di tifoide, 1 di tifo petecchiale, 2 di vaiolosi, 1 di pioemia, 2 sulla linfa vacinica, dalle mie osservazioni, dico, non che dalle precedenti considerazioni sono portato a conchiudere quanto segue:

1.° Le esperienze eseguite sopra animali, inoculando nelle vene delle sostanze putrefatte od altre di consimile natura, non contribuiscono alla teoria del fermento morbifero.

2.° Il fermento morbifero deve ricercarsi nell'uomo affetto dalle malattie, la cui eziologia si suppone legata alla storia naturale dei fermenti.

3.° L'esame del sangue deve farsi in ogni stadio della malattia, ma principalmente in quello durante il quale si ammette più energica ed estesa l'azione del fermento, quindi più probabile la sua esistenza.

4.° L'esame del sangue deve essere fatto immediatamente dopo che venne estratto dal corpo.

5.° I risultati dell'esame istituito, secondo le precedenti norme, nelle intermittenti, nel tifo, nella tifoide, nel vaiolo, nella pioemia, furono negativi per l'ipotesi del fermento morbifero, perchè non venne da me riscontrata nessuna di quelle forme, che ne avrebbero accusato il processo della fermentazione in corso.

6.° Studiata la fermentazione del sangue col metodo della coltivazione nell'apparecchio ad aria caldo-umida, risulta:

a) non essere necessaria la presenza del fermento, affinchè avvenga la fermentazione;

b) questa consistere nel mutato indirizzo delle affinità chimiche delle sostanze componenti i globuli, onde cospirano a scopi determinati dalla natura delle sostanze stesse, non che dalle condizioni dell'ambiente; e l'effetto si palesa nel cambiamento di forma delle sostanze, che prima costituivano i globuli sanguigni;

c) morfologicamente parlando si può asserire, che indizio dell'incominciamento di questo processo sta nel granulare che fanno le sostanze in esame, abbiano una forma determinata (*globuli sanguigni*) o siano amorfe (*linfa vaccinica*).

Parte IV.ª

Non posso chiudere l'argomento senza considerare un altro punto di questa intricata questione; io devo rispondere al quesito, che ho fatto a me stesso, e che ciascuno ha dritto di farmi.

Il quesito è questo: — Che cosa provano adunque le esperienze di Hallier (*Gährungserscheinungen. Untersch. üb. Gähr. Faul. u. Verwes. etc. Leipz.* 1867. — *Ricerche botaniche comunicate ai medici e naturalisti dal Dott. Hallier Professore a Jena. Lipsia* 1867. *Traduz. del Dott. Rovida. Il Morgagni*, 1867, *pag.* 842) e quelle analoghe di altri autori, dalle quali risulterebbe, come ho già accennato, che i fermenti esistono, poichè se ne dimostrano i particolari concernenti il loro sviluppo, quindi il processo della fermentazione? — Che valore hanno in una parola le osservazioni risguardanti il pus della pustola maligna, il pus del vaiolo, i liquidi intestinali ecc., in cui furono

(1) Ho scartato parecchi tubetti prima di trovarne uno, la cui linfa fosse stata così diligentemente raccolta da non contenere sangue.

(2) Non computando quelle che ho istituito usando particolari reagenti, come acqua ammoniacata, soluzione di cloruro di sodio, acqua fenicata, acqua solfitata; perchè è mio pensiero esporre quivi esperimenti eseguiti colla massima semplicità. Tornerò poi sull'azione antifermentativa di alcune sostanze e massime dei solfiti, avendo ottenuto già qualche risultato, che mi consiglia di non ismettere le prove senza concretare un formale giudizio.

Digitized by Google

riscontrate forme particolari di microzoi e microfiti?

Io penso che cotesti reperti siano un prodotto delle affinità chimiche operanti fuori della sfera fisiologica dei nostri corpi, determinate quindi da influenze, che relativamente alla loro derivazione e al punto di loro applicazione devono dirsi influenze esterne; e la materia, che offre quei risultati, deve dirsi materia morta, in quanto è, per così esprimermi, depositata dalle funzioni organiche come un prodotto che non entra più nel circolo delle attività dei tessuti, che resta quindi in preda di altre attività e di altre influenze, che non sono quelle che giuocano negli organismi animali. Come del sangue, come della linfa vaccinica, conservati nell'apparecchio umidante, così avviene degli altri prodotti dell'organismo, che riposano in condizioni analoghe. Gli infusori osservati nei liquidi animali, i funghi riscontrati nelle deiezioni, i funghi che si sono visti svilupparsi nel sangue del morbillo, del tifo, sono l'effetto di queste condizioni. Forse il genere e il grado della infezione morbosa varrà ad impartire una maggiore proclività a subire quei processi, che si dicono da fermentazione, alle sostanze organiche appena siano abbandonate dall'organismo, per quanto rimangano con esso lui in contatto (liquido della pustola, secreto intestinale, secreto bronchiale, muco buccale ecc.); ma la infezione non si rivela coi prodotti delle così dette fermentazioni, perchè questi sono in parte e forse nella massima parte legati alle *influenze esterne*. A queste io attribuisco la comparsa dei *vibrio* e dei *batteridi* sul muco delle fosse nasali, del condotto uditivo, dei bronchi durante affezioni infiammatorie (Pouchet) ed anche indipendentemente da queste; alle medesime *esterne influenze* si deve attribuire lo sviluppo delle crittogame durante affezioni difteriche alle fauci ed ai bronchi (Tigri) (1). Non voglio negare con ciò che la produzione di questi organismi inferiori su parti coperte perennemente alle esterne influenze non debba avvenire senza cagionare alterazioni nei tessuti che servono da sustrato (2); ciò forse sarà vero; ma pertanto mi preme sia riconosciuto nelle influenze esterne il movente, per cui vengono a metamorfosare le sostanze, che stanno sugli organi sopra designati, di modo che invece di rimanere nella forma o di cellule epiteliali o mucose o mucopurulente ecc., prestamente deperiscono, e si trasformano in funghi od alghe a seconda dei casi.

Per ciò poi che riguarda l'esistenza del fermento nel sangue, dalle mie osservazioni sono indotto a negarlo. Ma non volendo così ruvidamente trinciare sui fatti altrui, massime se presentati da rispettabili autorità, come quella di Hallier, soggiungerò essere d'uopo, che questi adempia alle condizioni, che ho imposto a me medesimo per l'esame del sangue. Non sapendo che l'egregio Prof. di Jena abbia avuto eguali avvertenze, mi fo lecito di credere, che egli abbia bene osservato, e male interpretato. Nelle mie osservazioni ho potuto constatare, che quasi sempre i globuli bianchi del sangue si alterano prestissimo e prima dei rossi. Il processo della granulazione e del seguente sfasciamento del globulo, oppure l'altro della liberazione del nucleo dal protoplasma, e la presenza di granulazioni, che ponno trovarsi anche nel sangue sanissimo (nel mio le ho viste più volte), mi avrebbero tratto in inganno, quando non mi fossi proposto di osservare secondo le norme suddette. Quelle granulazioni, quei nuclei, che in seguito provano le modificazioni di forma quali ho descritto, possono imporre a chi li osserva in un primo esame. Ma se questo si istituirà all'atto istesso, che si estrae il sangue dall'organismo vivente, non sarà difficile l'evitare l'errore, per dare nel dubbio che realmente i fatti finora osservati abbiano perduto l'importanza loro, colpa una mala interpretazione. — Mi piace in proposito citare Valentin (*Versuch ein. physiol. Phathol. d. Herz. u. d. Blutgefäs.*) il quale molto ragionevolmente tra gli attributi del sangue annovera quello di essere perennemente in moto; giacchè se questo liquido posa alquanto, cessa di essere sangue per la separazione delle parti che lo costituiscono; ed io aggiungerò per essere facilissimamente alterabile nella sua struttura molecolare.

Non contro i fatti adunque, ma contro le teorie dirigo le esposte cose: chiaro appare, che interpretando molto sobriamente *e col criterio logico, che è per le questioni scientifiche ciò che è il buon senso per le questioni volgari* (*Mantegazza. Ricer. sulla generaz. degli infus.*) ad ogni piè sospinto nella carriera dell'esperienza si urta in qualche inciampo, che protesta contro le teorie più clamarose, e che, volendo essere fedeli a ciò che emana da tutti quanti i risultati sperimentali unissoni e discordanti insieme, si deve ammettere: essere un attributo della materia l'avere una forma; gli atti molecolari, per cui si organizza questa forma, essere l'effetto delle attività chimiche, l'espressione di una *vita* (mi si faccia grazie della parola).

(1) Le malattie parassitarie della cute potrebbero indurre nella credenza, che altrettanto succeda per alcune malattie delle mucose. Ma ciò non può ammettersi assolutamente in onta ai reperti di Pouchet e di Tigri; fa mestieri che si renda evidente il rapporto di causa ad effetto fra i vibrioni, i batteri e le crittogame, e le malattie in cui vennero osservati; altro è constatare una coincidenza di fenomeni morbosi con certe produzioni, altro il mettere fuori dubbio la derivazione di quelli da queste.

(2) Non cito qui le ricerche di Tommasi ed Hueter, pubblicate pel *Centralblatt* (p. 535 e 547, 1868), perchè mi è necessario istituire esperienze analoghe alle loro.

Digitized by Google

— La distinzione di materia viva e materia morta è relativa alla distinzione che volgarmente facciamo tra modo e modo di vita, fra una vita semplicissima e modi di vita più complessi; materia morta non si dà nell'ordine cosmico, perchè ovunque e sempre agiscono le affinità chimiche, perchè mai non tace il movimento molecolare. E il processo detto da fermentazione, proprio delle sostanze che vengono esposte alle influenze cosmiche, non attecchirà mai nelle sostanze che entrano nella *circolazione della vita* del nostro organismo; il fermento morbifero è un'ipotesi antifisiologica.

Comunicazione di un caso di contemporanea evoluzione acutissima del cancro e del tubercolo.

Lettera al Chiarissimo Prof. CONCATO

Stimatissimo Sig. Professore.

Avendo dato una scorsa al mio diario clinico degli ultimi tre anni decorsi, per ritrarne la statistica dei malati di pneumonite e pleurite da me curati, la quale appena potrò mi propongo di pubblicare, colla lusinga che possa valere a convertire qualcuno dei tanti increduli, tuttora esistenti, sulla guaribilità di quelle infiammazioni senza salasso; si è in me ridestato il desiderio, che le mie svariate occupazioni non mi permisero prima di soddisfare, di darle cioè comunicazione di un caso di contemporanea evoluzione acutissima del cancro e del tubercolo.

A Lei, che tanto s'interessa ai fatti patologici più rari, spero che sarà per riescire di qualche aggradimento. Ed il fatto è veramente raro, poichè i casi di contemporanea evoluzione del tubercolo, clinicamente costatati, sono due, per quanto io conosca. Ella, come in tante altre cose, ha il merito di esser stato il primo a verificare sul vivente la contemporanea evoluzione dei due neoplasmi, e ne pubblicava la storia nell'EBDOMADARIO CLINICO col titolo — *Carcinoma acutissimo delle glandule linfatiche* — (1). L'altro caso appartiene al Prof. Oppolzer, che lo pubblicava nel 1863 (Spit. Ztg. 22, 23, 24) col titolo di *carcinoma uterino con tubercolosi polmonare e dell'intestino crasso.*

Ora eccomi alla narrazione del caso da me osservato, che può considerarsi unico nei suoi particolari, e che va enunciato:

Contemporanea evoluzione acutissima di tubercolosi polmonare, e di carcinoma dello stomaco, del grande omento e delle glandule sopraclavicolari.

Benedetta F. di Force, d'anni 31, di costituzione sana e robusta, nacque da genitori tuttora viventi, i quali hanno sempre goduto buona salute. Nel tempo cui si riferisce questa storia (1.° trimestre del 1866) essa aveva due fratelli, uno dei quali nella pubertà aveva sofferto lungamente di malattie cutanee, poi di flemmone ad un arto superiore, rimasto poi atrofico, ma atto a grossolani lavori; però a forza di attenzioni e di cure riesciva un giovane robusto e sano, ed ora conta 29 anni. L'altro fratello, che allora aveva 22 anni, era tubercoloso da oltre due anni, e viveva in uno stato di salute relativamente buono, facendo un continuo uso di olio di merluzzo e di ioduro di ferro; esso morì poi nell'estate del 1867, accelerando la fine di sua vita con una barbara dieta ordinatagli da una donna, la quale fra l'ignorantissimo volgo aveva fama di guarire le malattie incurabili; e la *dieta*, col qual vocabolo denominano la cura, fu di uso rigoroso di sole carni e pesci salati e di vino generoso, mentre le febbri vespertine ed i sudori colliquativi emaciavano l'infermo (1). — Tutte le indagini fatte m'assicurarono della sana costituzione e buona salute dei parenti collaterali ed ascendenti della Benedetta, la quale nell'infanzia soffrì le malattie comuni a questa età. Ebbe i primi mestrui a 15 anni. A 19 rimase incinta, ed il bambino natole visse pochi giorni. L'amante, che l'aveva resa madre, in breve fu suo marito, e con esso partorì altri tre figli tuttora viventi, l'ultimo dei quali, bambino di 15 mesi, suggeva ancora il latte materno. La B. F. durante l'allattamento fu sempre mestruata. — Seppi un giorno innanzi alla sua morte, che nell'estate del 1865 aveva fatti più volte degli sputi sanguigni, cui essa non diede alcun peso, ed attribuì all'essere cessata la mestruazione da tre mesi. Ciò non la distolse dai lavori domestici anche faticosi e da quelli propri alla sua condizione di artigiana. All'infuori di tale accidente essa aveva vissuto sempre in buonissimo stato di salute.

Fu verso la metà del Gennaio del 1866, ch'io

(1) Il Prof. Concato è stato pure il primo a pubblicare due storie di contemporanea coesistenza del cancro e del tubercolo *clinicamente costatata*, le quali credo che finora siano uniche nella letteratura medica.

(1) In questo disgraziato nella primavera del 1865 sperimentai la efficacia dell'uso dei fiori di zolfo e del magistero di bismuto per far cessare i sudori notturni. Questi erano sì profusi da bagnare fino lo stramazzo: in tre giorni coll'uso dei suddetti medicamenti cessarono del tutto. Ho voluto ricordare questo fatto, perchè altri s'induca a sperimentarli.

Digitized by Google

fui da essa consultato per dolori al poplite destro, venuti senza causa apprezzabile, i quali in pochi giorni si fecero sì forti, da renderle impossile il moto, e le notti quasi interamente insonni. Riposo in letto, frizioni mattina e sera con pomata di ioduro di potassio, mercurio e belladonna guarirono l'inferma in 10 giorni circa. — Mentre erasi ottenuto questo buon risultato, la B. F. incominciò a soffrire d'inappetenza, di peso e dolori alla regione epigastrica, che esacerbavano dopo il pasto. Furono impiegate decozioni amare e toniche, carbonati alcalini, acetato di morfina con qualche miglioramento; e mentre questo ci faceva sperare una vera guarigione, ecco insorgere dolore ai lombi ed a tutto l'addome. I dolori ai lombi esordirono colla mestrazione, avutasi due volte in 22 giorni, scarsa anzichè no, come accadeva da qualche tempo. Essi non scomparvero col cessare della medesima. I dolori all'addome, specialmente alla regione mesogastrica, esacerbavano fortemente un'ora e mezza circa dopo il pasto. Non mancavano i dolori alla regione dello stomaco, anzi talora erano violentissimi, ma più rari. La defecazione facevasi ogni due o tre giorni, mentre prima era quotidiana; le feci erano dure, in forma di piccole pallottole. Il palpamento all'addome ora non molestava punto l'inferma, ora non veniva tollerato. Il ventre alquanto gonfio, ma non costantemente. Colla palpazione e colla percussione non riscontravasi alcuna lesione materiale. Intanto il sonno raramente compensava l'inferma delle tante sofferenze. L'uso interno anche generoso dell'oppio, dell'acetato di morfina, del giusquiamo, i cataplasmi di linseme, di foglie di cicuta applicati al ventre, i clisteri di camomilla, rendevano assai più miti i dolori; ed i clisteri di molto facevano diminuire il meteorismo.

In tal guisa eccoci giunti al 14 Febbraio. Nella notte l'inferma era stata di continuo travagliata dai dolori, ed aveva avuto qualche colpo di tosse secca. Naturalmente pensando al fratello tubercoloso venni subito in sospetto di un processo tubercolare. Difatti l'esame del torace mi fece conoscere ch'esso nell'inspirazione s'innalzava un poco meno a destra che a sinistra; i muscoli sterno-cleido-mastoidei erano eguali. Nella fossa sopraclavicolare destra scorgevansi tre tumoretti, grandi come noccioli di ciliegia, insieme saldati; la percussione e l'ascoltazione quivi non offrivano alcuna differenza. Però nella fossa soprascapolare destra avevasi il suono leggermente ottuso e più corto, ma con l'ascoltazione il soffio respiratorio pareva normale.

La diagnosi di tubercolosi polmonare era fondata, ed io pensai che un processo analogo forse iniziavasi al mesenterio od al peritoneo, giacchè non sapeva in altro modo plausibilmente spiegarmi i fortissimi dolori della regione addominale, in cui ancora non mi era dato riscontrare alcuna lesione materiale.

Dal 14 al 19 la tosse si fece più frequente e sempre inane. I tumoretti nella fossa-sopraclavicolare aumentarono sensibilmente di volume, ma non erano dolorosi nemmeno alla pressione.

Il giorno 19 comparve per la prima volta la febbre preceduta da leggeri brividi, la quale dapprima era leggera, ma facendosi ogni giorno più gagliarda, non doveva mai più abbandonarla.

Nella notte fra il 21 e 22 l'inferma fu continuamente tormentata dai dolori all'addome. Nel mattino costatai un piccolo tumore della grossezza di un nocciolo d'albicocca nella regione dello stomaco sotto all'appendice xifoide, nel prolungamento della linea parasternale sinistra. Era dolente sotto la pressione, e fra esso ed il piccolo lobo del fegato avevasi suono timpanitico per lo spazio di circa tre centimetri. La febbre era intensa; puls. 122; resp. 44.

Alle domande — quale la sede di questo tumore? — quale la natura? io non potei darmi alcuna risposta. Un esame circostanziato di èsso venivami impedito dallo stato dell'inferma. Nello stesso tempo la soluzione dei due quesiti non avrebbe arrecato alcun risultato pratico, giacchè il complesso del morbo ormai imponeva una prognosi letale. Non nascondo però, che l'opinione più probabile per me era quella di un processo tubercolare, che si fosse sviluppato nei visceri intraperitoneali. — Feci fare delle frizioni di pomata di bella donna e di cicuta a tutto il ventre.

L'inferma dormì un poco nella notte dal 22 al 23; i dolori furono rari e miti. Si notarono le feci color creta emesse in questa notte; itterizia però non esisteva, nè riscontravasi bile nell'orine. L'inferma sentendosi fortemente spossata s'indusse finalmente a cessare di porgere la mammella alla sua bambina: non lo volle prima, perchè temeva, che il latte le *si spargesse per la vita* (sic), pel qual fatto avrebbe dovuto peggiorare la sua malattia, secondo una credenza popolare, che la scienza non sanziona.

Nel giorno 24 avendo molto ingorgate le mammelle fu costretta a farsi trarre il latte da una donna. Ciò non fu duopo ripetere nei giorni successivi, ma per tre giornate (25, 26, 27) le orine emanarono appena emesse un pronunziato odore di siero di latte. In questi giorni i dolori seguitarono ad esser rari e tollerabili, però l'inferma era continuamente travagliata da forte dispnea. Essa già fin dal giorno, in cui incominciò la febbre (19), fu obbligata a stare o supina o seduta; ultimamente poi solo poco tempo poteva tenersi supina, e quasi sempre se ne stava completamente seduta sul letto. La febbre si rendeva ogni giorno più forte, con sudori notturni e remissioni mattutine.

Nei giorni 25 e 26 accusò dolori nella spalla de-

Digitized by Google

stra. Sotto la clavicola destra udivansi già rantoli schricchiolanti. I tumori sopraclavicolari complessivamente avevano raggiunto il volume di un uovo di gallina, ed eransi fatti un poco dolenti sotto la pressione. Simiglianti tumori, però di minor volume, incominciavano a mostrarsi anche nella fossa sopraclavicolare sinistra. Il tumore della regione dello stomaco aveva triplicato il suo volume; fra esso ed il fegato era scomparso il suono timpanitico. Questo fatto spiegava in qualche modo la mancanza della bile nelle feci, che seguitarono ad essere scolorite e fetidissime nei giorni 24, 26, 27; furono colorite nel giorno 25, poi nel giorno 28 e nel primo giorno di Marzo.

Dalla sera del 27 alla sera del 28 si ebbero 8 scariche, liquide e scarse, meno la quinta, che fu di materie assai dure e globose. La defecazione in tutti questi giorni era preceduta da leggeri dolori al ventre. Il meteorismo era assai cresciuto, la pressione sul ventre però era tollerata, non così sul tumore epigastrico. — Il numero delle pulsazioni variava da 120 a 149; il polso piccolo, qualche volta sfuggevole, intermittente. Il numero delle respirazioni variava da 40 a 60. La temperatura, non misurata col termometro, non sempre era proporzionata alla frequenza del polso. — Si prescrisse il solfito di soda per più giorni senza alcun vantaggio, meno una diminuzione della tensione all'epigastro. Inappetenza ed avversione ai cibi. La sera del 25 si ebbe l'unico vomito di una mela cotta mangiata nel mezzogiorno.

1.° Marzo matt. — Questa notte dopo aver preso 7 centigrammi di acetato di morfina, uno ogni mezz'ora, ha dormito circa quattro ore seduta; poichè alla posizione supina, quantunque col torace molto sollevato, più volte addormentatasi per qualche minuto, si è svegliata, essa dice, per l'affanno. Ha evacuato una volta sola materie scarse, sciolte, colorate. Il palpamento dell'addome, più gonfio del solito, non ha punto infastidito l'inferma, e nemmeno la percussione; perciò avendo potuto fare un esame fisico alquanto diligente del tumore epigastrico, ne è risultato che esso è realmente intraperitoneale. I suoi contorni non possono essere circoscritti nè col tatto, nè colla percussione a motivo del fegato.

Qual è, domandai a me stesso, la vera sede del tumore, lo stomaco, l'epiplon gastro-epatico, od il pancreas? È desso di natura tubercolare, o trattasi di un carcinoma? La tubercolosi polmonare induceva ad ammettere la prima ipotesi, la quale però veniva infirmata dall'esser unico il tumore, e dal trovarsi piuttosto nella regione epigastrica invece che nella mesogastrica, ove di solito riscontransi ed in maggior numero i tumori originati da tubercolosi delle glandule mesenteriche. — Il rapidissimo sviluppo ed accrescimento, i dolori fierissimi da esso cagionati, la sede probabile nello stomaco, volendo anche tener calcolo di un sintoma razionale, cioè dei tumori sopraclavicolari, che spessissimo accompagnano il carcinoma dello stomaco, induceva ad ammettere l'esistenza di questo neoplasma, quantunque sia assai raro l'associarsi di esso al tubercolo.

Nella sera mi si racconta che durante la giornata l'inferma aveva fatti parecchi cambiamenti di fisonomia. L'addome è più gonfio. Quanto al resto, medesimo stato.

2 Marzo matt. — La notte scorsa non ha mai riposato. È stata tormentata dai dolori al ventre, e lo è presentemente. È stata sempre seduta. Forte dispnea. Il polso intermittente, sfuggevole in modo da non potersi contare. Il meteorismo non pare cresciuto. — Si ordina un cataplasma di foglie di cicuta al ventre.

Sera. — I dolori all'addome sono cresciuti specialmente in corrispondenza del colon discendente. Un'evacuazione di materie liquide scolorate. Il polso è più regolare, a 120; resp. 44.

3 Marzo matt. — L'inferma nella notte è stata tormentata sempre dai dolori, perciò non ha mai dormito. Ha evacuato una volta con dolori, e le feci erano pure liquide e scolorate. Ha sudato più delle altre notti. Ora l'inferma sta un poco meglio. Si osserva al petto un'eruzione di molte bollicine di sudamina. Un leggero edema notasi alla parte inferiore del tronco, ed alla mano destra. Pols. 140, regolare; resp. 50. — Si fa prendere una mistura calmante e tonica.

Sera. — Oggi i dolori al ventre sono stati rari e miti. È andata di corpo, e le feci furono scarse e verdastre. Ha dormito un poco, appoggiando la testa su di uno scanno fatto appositamente. Puls. 120; resp. 50.

4 Marzo matt. — L'inferma mi dice, che questa notte ha sofferto molto per l'affanno. Ha dormito pochi minuti e di tanto in tanto. Non sono mancati i dolori al ventre. Un'evacuazione di feci scarse e verdastre come ieri. Ha sudato specialmente al viso. L'eruzione miliariforme è alquanto cresciuta, e si vedono poche bollicine rosse. L'itterizia, che ieri appena appena manifestavasi, oggi è assai pronunziata. Puls. 120; resp. 60. — Frizioni con spirito canforato alle parti edematose.

Sera. — Ha emesse per l'alvo delle feci scarse, liquide, verdastre. Si lagna dell'affanno. Puls. 130; resp. 52. — Polveri del Dower.

5 Marzo matt. — Non ha punto dormito per la dispnea. Un'evacuazione come ieri. Ha sudato molto. L'eruzione cresce, e notansi altre bollicine rosse. Più sensibile ancora il colore itterico. La percussione posteriormente dà un suono quasi timpanitico (enfisema vicario). Soffio respiratorio fortissimo e rantoli umidi con qualche raro sibilo. L'edema aumenta, e si osserva anche ai piedi, specialmente al sinistro. Puls. 112; resp. 52.

Sera. — È andata di corpo; le feci scarsissime, liquide e verdi. Puls. 120; resp. 60.

Digitized by Google

6 Marzo matt. — Come al solito non ha dormito, e si lagna dell'affanno. Puls. 120; resp. 52.

Sera. — Oggi ha dormito 7 ore. Puls. 122; resp. 56.

7 Marzo matt. — Ha dormito qualche quarto di ora. Ha sudato assai meno delle altre notti. L'eruzione miliariforme è appassita; per contentare l'inferma, che vuole le si faccia qualche cosa, perchè non iscompaia la miliare, si fa mettere un senapismo al petto. Un'evacuazione come al solito. Puls. 118; resp. 56.

Sera. — Quest'oggi dopo aver mangiato la minestra (ore 11 antim.) è stata presa da fortissima dispnea. Le respirazioni, in numero di 64 al minuto primo, erano assai stentate. Lo stomaco molto dilatato. — Le si fa prendere un poco di magnesia, e le si fa fare un maniluvio. Dopo ciò l'inferma sentesi molto sollevata. Il senapismo non avendole fatto nulla, le si fa applicare una mosca di Milano al petto, ove rimane ancora un poco di eruzione, e vi si osserva un leggero edema. — Alle 8 ¾ pom. una *femminetta* collo scopo di calmarla, e di farle maturare la tosse (sic), le fa prendere una decozione di malva con miele. Appena ingeritala l'inferma viene meno, le estremità le si fanno fredde, ed il polso non più sentito. Si ricupera collo spruzzarle dell'aceto nel viso. Circa 10 minuti dopo trovo l'inferma in fortissima ambascia. Puls. 186; resp. 60. — Si fa fare un maniluvio.

8 Marzo matt. — Questa notte ha dormito un poco. Verso le 2 antim. le vien tolta la mosca di Milano, la quale aveva in piccola parte sollevata la pelle. Finalmente dopo molti colpi di tosse si è visto uno sputo marcioso. Non è andata del corpo. Puls. 112; resp. 52.

Sera. — L'inferma oggi non si è lagnata, dell'affanno come sempre faceva nei giorni passati, ma dice che non può reggere per la tosse. Ha fatti parecchi sputi purulenti. Ha sudato molto, specialmente al viso. Ascoltando circa 6 centimetri lontano dal petto dell'inferma, odonsi rantoli a grosse bolle. Polsi a 122, piccoli, intermittenti; resp. 56. Verso le 10 pom. le mani erano alquanto fredde.

9 Marzo. — Mi raccontano, che circa mezz'ora dopo la mezzanotte improvvisamente le è cresciuto l'affanno con molta tosse inane, e che morì alle 3 antim.

Mi si permette di fare la *necroscopia*, che viene eseguita dopo circa 30 ore dall'avvenuta morte.

La cute itterica, il pannicolo adiposo piuttosto scarso; anasarca.

Aperto l'addome ne escirono circa due litri di liquido giallo, chiaro. Al disotto dello stomaco e sopra gli intestini tenui osservavasi una massa dell'altezza di centimeri 15, e 10 circa di larghezza, ed 1 di spessezza, costituita di piccoli tumoretti bianco-giallastri, striati di rosso, grandi poco più poco meno di una capocchia di spillo. Poteva ben somigliarsi a quell'agglomerazione di ovicini, che riscontrasi nella matrice delle galline. Questi tumoretti erano duri e resistenti al taglio. Evidentemente essi esistevano sopra e nella spessezza del grande omento. — Il fegato era ingrossato, e nella superficie del taglio mostrava l'aspetto grassoso. I condotti biliferi dilatati e pieni di bile: la cistifellea distesa da bile densa, giallo-verdastra. — Lo stomaco dilatato, colla sua grande curvatura all'innanzi; i suoi vasi dilatati, ingrossate le sue pareti. Nella sua piccola curvatura, situata posteriormente, esisteva un tumore avente la forma di una cornamusa posta trasversalmente, coll'estremità più grossa verso il cardias. La sua lunghezza era di centim. 13°, di cui la metà, che non raggiungeva però il piloro, era ricoperta dal piccolo lobo del fegato: la sua consistenza era scirrosa. Nell'inciderlo resisteva molto, e la superficie del taglio era bianco-giallastra. Lo stomaco, oltre un gas molto fetido, conteneva circa 300 grammi di liquido di colore cenerino-oscuro. — Gli intestini non furono aperti. — La milza ed i reni di volume normale. Le loro capsule distaccavansi facilmente, ed il loro parenchima compresso si spappolava fra le dita.

Nei polmoni, specialmente nel destro ed agli apici, moltissimi tubercoli, ed in gran copia rammolliti. Qua e là delle piccole caverne. Nei bronchi della materia purulenta. — Nulla di anormale nel pericardio. — Il cuore piuttosto piccolo non offriva di particolare che la sua sostanza facilmente lacerabile.

I tumori sopraclavicolari offrirono al taglio una discreta resistenza; la superficie del taglio giallastra. Non fu aperto il cranio.

Non occorre che io le dica, stimatissimo Maestro, che la necroscopia fu dovuta fare nei modi più sconvenienti sopra una tavola all'aperta campagna. Essa però macroscopicamente fece costatare la coesistenza della tubercolosi polmonare col cancro fibroso dello stomaco e del grande omento, che il corso della malattia aveva mostrato essersi contemporaneamente sviluppati ed in un modo rapidissimo. L'egregio chirurgo Michele Giorgi, mio collega, convenne nel medesimo giudizio. I tumori sopraclavicolari sembrarono costituiti da carcinoma fibro-midollare.

Con distinta stima ed osservanza mi confermo

Cupramarittima Ottobre 1868.

Suo Dev.mo ed Aff.mo Discepolo

ROMOLO PIATTELLI.

Digitized by Google

Esame chimico di un liquido tratto dalla cistifellea di un fegato carcinomatoso

Lettera al Prof. LUIGI CONCATO

Chiarissimo Sig. Professore.

Nel desiderio di rispondere debitamente alla inchiesta della S. V. Ill.ma ed esprimerle anche per questa via quella gratitudine che in me vive pur sempre, ho adempiuto con tutta la sollecitudine possibile, non disgiunta dalla voluta severità, all' incarico affidatomi, coll' assoggettare all' indagine chimica *il liquido raccolto dalla cistifellea d' individuo morto per carcinoma al fegato, consecutivo a carcinoma della testa del pancreas.*

Eccole chiarissimo Sig. Professore per sommi capi i risultati ottenuti.

Il liquido di colore gialliccio traente al verdognolo, e di un odore nauseoso che ricordava quello delle sostanze in putrefazione incipiente, era filante, e per l'agitazione si copriva di materia schiumosa.

La sua densità a 12° del term. c. oscillava fra 1014 e 1016, numeri che rappresentano la metà appena del peso specifico della bile umana normale.

Esaminati al microscopio alcuni corpicciuoli incolori, che pel loro peso s' erano raccolti al fondo del liquido, non presentavano alcuna forma essenziale; con molta probabilità appartenevano a sostanza *epiteliale*, dappoichè il iodo non reagiva su di essi.

Alle carte probatorie d'ematossilina, di curcuma e di tornasole arrossato, non dava segno d'alcalinità; al contrario si otteneva distinta, ma debole assai, la reazione acida, comechè per la sua derivazione, per l'odore che svolgeva, e pei materiali di cui sembrava, e si palesò in seguito, essenzialmente costituito il liquido, fosse da attendersi la reazione alcalina.

Frattanto il liquido in esame venne diviso in tre parti:

a) si riserbò all' indagine diretta;

b) si assoggettò alla filtrazione traverso carta emporetica assai fina;

c) fu sottomessa alla dialisi.

a) Nel liquido normale s' andò in traccia dei principali costituenti della bile, e ne risultò:

1) che l'acido nitrico-nitroso non generava la nota reazione del camaleonte organico, o reazione di Gmelin, propria alla maggior parte dei gruppi (bilirubina, biliverdina, bilifuscina) che costituiscono il pigmento biliare (1), e per la quale si rivela la più piccola quantità di questo (Städeler);

2) che l'alcole concentrato separava voluminosi fiocchi di una sostanza bianca, caseiforme, la quale raccolta su feltro, lavata con altr' alcole, si ridiscioglieva in gran parte nell' acqua, e da cui precipitava nuovamente coll' acido acetico sotto forma di piccoli fiocchi, che disparivano per l'aggiunta d' acido azotico. Questi caratteri ed alcuni di già accennati relativamente al liquido in esame (odore, consistenza ecc.), condussero ad ammettere in esso una forte quantità di *mucina.*

3) Per la ricerca degli acidi *glicocolico* e *coleico*, dei sali propri della bile specialmente umana, (glicocolato o colato, e taurocolato o coleato di sodio) si fece ricorso al seguente metodo, che venne ripetuto per ben quattro volte affine di dedurne un giudizio retto.

Porzione di liquido fu successivamente precipitata con acetato neutro di piombo in eccesso (glicocolato di piombo), poi collo stesso acetato con aggiunta d'ammoniaca (taurocolato di piombo); radunati i sedimenti su feltro, ed introdotti in tubicino d' assaggio, si addizionarono del loro volume d' acido acetico glaciale, e del triplo volume di alcole assoluto, agitando fortemente la miscela, la cui temperatura s'elevò d'alquanto, ed abbandonandola al riposo (1). L'alcole acetico obbedendo alla propria densità, si portò alla superficie; in esso si dovevano contenere gli acidi della bile, senza alcuna traccia del materiale albuminoso, di cui era ricco il liquido, il qual materiale avrebbe infirmata la validità della reazione del Pettenkoffer, dappoichè la manifesta a comune cogli acidi biliari. Suddivisa e fatta evaporare la soluzione alcolica in tanti vetrini d'orologio, collocati su foglio di carta bianca, onde rendere maggiormente apprezzabile il fenomeno, per l'aggiunta di una goccia di uno sciolto semi-sciropposo di zucchero di canna, e per quella di due goccie di acido solforico concentrato, convenientemente mescolati, non venne mai dato di ottenere sui vetrini stessi l'elegante color porpora-violaceo, che si genera sempre, per l'ignota metamorfosi degli acidi colico e coleico, in tale condizione (2).

4) Relativamente agli altri costituenti della bile (colesterina, principii ed acidi grassi, sali minerali) se ne chiese ed ebbe contezza nelle successive osservazioni.

(1) F. Hoppe-Seyler. Handb. der physiol. und pathol. chemischen Analyse. Berlin 1865.

(1) In luogo dell' alcole si può far uso con molto vantaggio del cloroforme, come solvente degli acidi biliari, in alcuni casi della loro ricerca in orine d'itterizia epatica, seguendo il metodo indicato.

(2) Le prove replicate su di urina d'itterizia epatica, e liquidi artatamente prodotti con traccie appena apprezzabili di bile, ci hanno persuasi, dietro i risultati positivi ottenuti, della bontà del metodo di ricerca suesposto.

Digitized by Google

b) La porzione di liquido sottoposta alla filtrazione fornì un prodotto limpido, assai scorrevole, tinto appena in verdognolo, ed il quale, avendo perduto l'odore disgustoso che possedeva, manifestava quello abbastanza gradevole che emana dal succo gastrico recente e dai peptoni.

In questo prodotto filtrato si riscontrò la presenza della mucina, in proporzione però assai mite, mentre d'altra parte il calore, l'acido azotico, il tannino, l'acido acetico e lo sciolto acquoso di ferrocianuro di potassio (prussiato giallo), versati in debite condizioni e quantità, svelarono una proporzione relativamente enorme di *albumina*, o *sierina;* il quale gruppo proteico fu rinvenuto soltanto nella bile d'embrioni, e non mai nella bile normale (vedi le analisi di Frerichs, Gorup-Besanez, Berzelius), nè in quella di condizioni patologiche.

Una dissoluzione acquea di iodo non generò alcun fenomeno immediato, tranne che, in capo a breve tempo, il iodo, aggiunto anche in eccedenza, si rese latente, cioè a dire assunse forse una nuova forma, sotto la quale non si poteva più manifestare alla salda d'amido. — La proprietà di occultare (ed è ignoto in qual modo) questo elemento, condivisa da tutti i materiali colloidi o collageni, è posseduta in grado eminente dagli sciolti albuminosi. Dello stesso prodotto filtrato **b** si svaporò porzione a bagno-maria; il residuo venne esaurito con etere bollente, il quale, convenientemente raccolto e diviso in due vetrini da orologio, si abbandonò alla spontanea evaporazione. Si otteneva una traccia appena di residuo semisolido, l'osservazione microscopica del quale non permise di rivelare in alcun modo le tavole romboidali, imbricate, caratteristiche della *colesterina*, ma in quella vece delle goccioline di *grasso* (1).

L'esperimento, sebbene rinnovato più volte, diede sempre luogo allo stesso risultato: per il che è lecito l'asserire, che nel liquido in esame non esisteva colesterina. — Il reagente Millon, nella parte indisciolta per l'etere, generò il color roseo carico, speciale dell'albumina e sostanze albuminoidi.

c) Intanto nella convinzione che, nel corso delle 20 ore in cui si abbandonò all'azione del dializzatore la terza parte del liquido, tutto il materiale cristalloide di questo avesse traversata la pergamena vegetale, e si fosse raccolto nell'acqua distillata sottostante, si passò a saggiare il prodotto ottenuto, suddividendolo in due porzioni. L'una venne consacrata al diretto esperimento; l'altra si pose ad evaporare lentamente a bagnomaria.

Dalla prima quantità riescì agevole mettere in evidenza, per la riduzione dell'argento dall'ossido ammoniacale, e per quella dell'ossido rameico in sottossido color rosso mattone dal reattivo Fehling, e dal reattivo Barreswil, la presenza di una rimarchevole proporzione di *glicosi*, la quale sostanza è ammesso che esista nella bile solo per diffusione in essa dal fegato in cui è preparata, dopo la morte dell'individuo, e non come costituente normale della bile, come taluni opinavano (Bernard).

Il residuo della evaporazione della seconda parte del liquido dializzato, esaurito con alcole assoluto (dal prodotto di essiccamento del quale si ebbe la riconferma della presenza della glicosi), si bruciò completamente alla lampada a doppia corrente in capsuletta di platino. La cenere ottenuta, si fuse a calore assai elevato, e per raffreddamento si rapprese in una massa bianca, opaca, dall'aspetto della porcellana, la quale massa si disciolse completamente nell'acqua a freddo.

Nel prodotto di tale dissoluzione potei con tutta facilità verificare per le caratteristiche proprie

1.° il *cloro* in quantità forte;

2.° l'*acido solforico*;

3.° l'*acido fosforico*. Questi due ultimi corpi vi si trovarono in proporzioni assai tenui.

Dei principii metallici, esistenti nel detto residuo minerale, credei ozioso determinare la presenza del *Sodio*, sia per esclusione, come per mezzo dello spettroscopio, dappoichè la ricerca chimica, al di là di traccie appena apprezzabili di *Calcio* e *Magnesio*, non avendomi rivelato alcun altro metallo (Ferro, Potassio ecc.), mi abilitò a ritenere che la maggior parte del cloro, il più abbondante principio minerale negativo, fosse appunto saturato pel Sodio stesso.

Dal complesso delle surriferite indagini mi è concesso inferire e dichiararle, Ch.mo Sig. Professore, che il liquido raccolto dalla cisti biliare dell'individuo carcinomatoso per proprietà e costituzione chimica si allontana di molto dalla bile umana ordinaria ed altresì dalla bile anormale quasi quanto, per caratteri esterni, e fino a un certo punto per composizione chimica (eccettuandone la glicosi), si avvicina al liquido *sinoviale*, o *sinovia*.

Infatti, oltrechè la densità di questo liquido è della metà minore di quella della bile, l'odore, la reazione, il contenere albumina, e il difettare assolutamente di pigmento, dei sali propri e caratteristici della bile stessa, non che di colesterina, fan fede al mio asserto; in appoggio del quale voglia la S. V. Ill.ma permettermi di presentare in un quadro la composizione del liquido esami-

(1) La presenza del grasso venne riconfermata dal trattamento diretto del liquido col solfuro di carbonio. — È noto che il grasso biliare è costituito da *palmitina ed oleina*, e da saponi alcalini degli acidi di questi due eteri della glicerina propilica.

Digitized by Google

nato, di fronte a quella della bile umana normale stabilita in parecchie analisi da Frerichs e Gorup-Besanez.

I. LIQUIDO ANALIZZATO		II. BILE UMANA
Albumina Muco Grassi Glicosi Epitelio ?	Costituenti organici	Acidi biliari Grassi Colesterina Muco Pigmento biliare
Cloro Acido solforico » fosforico . . . . . . Sodio . . . . . . Calcio Magnesio » » »	Costituenti minerali	Cloro Acido solforico » fosforico » carbonico » silicico Sodio Potassio Calcio Magnesio Ferro Manganese (1)

Stimai inutile di occuparmi della determinazione del gruppo che impartiva la debolissima acidità al liquido, se pure non era dovuta a *fosfato acido di calcio*; tale ipotesi sarebbe fondata sulla presenza degli elementi formatori di questo sale tra i costituenti dalla cenere ottenuta; la stessa reazione acida del liquido rendeva ragione della mancanza dell'*acido carbonico* fra i suoi costituenti minerali.

La scarsezza del prodotto sottomesso all'esame chimico, non che l'ordine e la gravosità delle mie occupazioni, m'impedirono, Ch.mo Sig. Professore, di compierne l'analisi centesimale; della cui utilità d'altronde non mi tenni persuaso dal momento che il liquido stesso rappresentava un prodotto anormale di speciali condizioni patologiche dell'individuo, da cui fu tratto; la sua composizione potrebbe rendersi probabilmente quindi varia ad ogni più lieve modificazione di queste condizioni. Aggiungerò soltanto, che mentre il quantitativo minerale della bile è rappresentato in media da $^{7}/_{1000}$, quello esistente nel liquido da me studiato sorpassava l'1 $^{2}/_{3}$ per cento.

Tali sono i risultati delle ricerche dirette allo scopo di svelare la natura chimica del prodotto patologico a me affidato. Le ricerche furono istituite e condotte con tutto il rigore che esige sempre la Scienza eminentemente obbiettiva ed esatta che professo, e specialmente nel caso di un quesito delicato quanto serio, qual'era l'attuale propostomi dalla S. V. Ill.ma, della quale, mentre ho l'onore di porgerle a scritto i risultati analitici ottenuti, mi pregio dichiararmi

Bologna 10 Aprile 1869.

Obbl.mo Servo
ADOLFO CASALI
Prof. di Chimica al R. Istituto Tecnico.

All'Ill.mo Sig. Prof. Cav. Luigi Concato.

(1) Lehrbuch der physiologischen Chemie von D.r E. F. v. Gorup-Besanez. — Braunschweig 1862. Dritter Band, p. 468 e seg.

DEI TESSUTI E DEGLI ORGANI ERETTILI

MEMORIA DEL

PROF. CAV. GIO. BATTISTA ERCOLANI

SUNTO DEL

DOTT. LUIGI LUCIANI

Assistente di Fisiologia

SOMMARIO

Introduzione — 1 Tessuti erettili vascolari — 2 Tessuti erettili muscolari — 3 Tessuti erettili muscolo-vascolari — 4 Particolarità anatomiche di diversi organi erettili — 5 Fisiologia della erezione — 6 Contribuzione del dottor Luciani alla fisiologia della erezione.

Mentre il Prof. Ercolani attendeva a far disegnare i preparati da illustrare il suo ultimo lavoro «*Dei tessuti e degli organi erettili*» frutto di lunghe e pazienti osservazioni, ebbe notizia di una memoria del Sig. Legros premiata dall'*Istituto di Francia*, che si occupava dell'istesso argomento (1). Benchè in questa memoria fosse accennato di volo il concetto fondamentale degli studî del Prof. Italiano, tuttavia l'ultima conclusione se ne dipartiva completamente. Il Sig. Legros concludeva che «qualunque sia la complicazione apparente del tessuto erettile, noi vediamo svelarsi l'intima sua struttura, che si risolve sempre in una rete di capillari più o meno dilatati, per cui si sarebbe forse autorizzati a descrivere il tessuto erettile non come un tessuto speciale, ma come una modificazione dei vasi capillari.» Le osservazioni dell'Ercolani invece lo portavano a distinguere: 1.° un tessuto erettile *vascolare*, 2.° un tessuto erettile *muscolare*, 3.° un tessuto erettile *muscolo-vascolare*. Dall'elemento vascolare dovea dipendere specialmente la tumefazione fisiologica, dall'elemento muscolare l'irrigidimento fisiologico, e dalla concorrenza dei due elementi un grado corrispondente di inturgidimento associato

(1) Mémoire sur l'anatomie et la physiologie du tissu érectile dans les organes génitaux des mammifères, des oiseaux, et de quelques autres vertébrés.

Digitized by Google

a rigidità. Alla vigilia della lettura del suo lavoro all'*Accademia dell'Istituto delle Scienze di Bologna* gli fu recato il fascicolo degli *Archives de Physiologie normale et pathologique*, *Paris* 1868, dove il Sig. Rouget tratta lo stesso argomento in un articolo intitolato « *Des mouvements érectiles* ». In questo lavoro puramente teorico l'autore nega recisamente l'esistenza del tessuto erettile come un tessuto speciale; ma nelle conclusioni fondamentali si accosta anche più al concetto generale del Prof. Ercolani, asserendo che « nella forma la più complessa dell'erezione negli organi della copula si può stabilire il concorso simultaneo di tre ordini di agenti: — 1.° Dilatazione iperemica delle arterie elicine. 2.° Contrazione dei muscoli trabecolari, alla quale è dovuta la rigidità dei sepimenti del corpo cavernoso. 3.° Probabilmente occlusione parziale dei canali venosi alla radice del corpo cavernoso e nel bulbo.» — Essendo così sfruttata dal caso la priorità delle idee fondamentali, che erano il risultato delle longanimi ricerche del Prof. Ercolani, gli rimase tuttavia una ricca serie di osservazioni di fatto, alcune delle quali importanti, che egli ha estesamente riferite nella sua memoria illustrata da 10 magnifiche tavole, di cui ora qui accennerò brevemente le cose più salienti, affinchè i cultori della scienza comprendano a colpo d'occhio i molti pregi di quest'ultimo lavoro del microscopista italiano.

1. — Esistono organi erettili puramente vascolari, costituiti da una forte dilatazione dei capillari, nella cresta dei gallinacei, nelle appendici erettili della testa del gallo d'India, e nel tessuto così detto spugnoso dell'uretra e del glande. Questa dottrina ammessa già dal Béclard e dal Cuvier, è stata meglio di ogni altro dimostrata con molteplici osservazioni dal Robin, e ultimamente ampliata dal Legros nel suo ultimo lavoro, in cui le pretese lacune dei diversi tessuti erettili sono considerate siccome enormi dilatazioni dei capillari. I numerosi esami comparativi degli elementi vascolari dei diversi tessuti erettili, dai più semplici ai più complessi, e le ricerche embriogeniche confermano questa idea, e costituiscono il merito maggiore del lavoro del Sig. Legros. — Questo autore avea già notato, che le arterie nei tessuti erettili presentano la tonaca muscolare molto spessa in confronto a quella delle arterie dello stesso calibro in altre parti del corpo. Il Prof. Ercolani però ha rilevato di più una particolarità molto interessante, a cui giova fissare fin d'ora l'attenzione. Egli ha scoperto che la tonaca interna delle arterie dei corpi cavernosi forma molteplici ripiegature verso l'asse longitudinale dei vasi, per cui nelle sezioni trasversali questi mostrano un diametro interno elegantemente festonato. La lunghezza e il numero delle piegature è variabile nelle diverse specie animali: nel pene del cane appaiono più lunghe e numerose che altrove. Ha notato una speciale differenza anche nella tonaca esterna, ma solo in alcuni animali. Così nel montone e nel porco la membrana vasale esterna è formata in massima parte da tessuto elastico (vedi Tav. 10.ª, Fig. 1.ª e 2.ª della memoria dell'autore). — L'accennata disposizione delle arterie, di cui a niuno può sfuggire l'importanza, lascia tosto supporre una possibile dilatazione delle arterie del pene molto maggiore di quella che può avvenire in altre parti del corpo, per uno sviluppo o dispiegamento delle festonature delle pareti interne vasali. Supponendo che questo sviluppo delle pieghe si faccia completamente, e che nella massima dilatazione il lume vasale si renda circolare, i calcoli matematici han dimostrato approssimativamente, che la sua area diverrebbe quasi cinque volte e mezzo maggiore di quella del vaso non disteso.

Il Prof. Ercolani ha riscontrato una disposizione simile nel tessuto spugnoso dell'uretra e del glande di alcuni animali e specialmente di quelli nei quali la tumefazione è notevole nell'atto dell'erezione. Nelle pareti interne dei seni venosi ha scoperto una grande quantità di ripiegature, le quali sono anche più compatte e più lunghe di quelle delle arterie (vedi Tav. 10.ª Fig. 3.ª). Questo fatto è cospicuo nei seni venosi dell'uretra del coniglio, e spiega la enorme tumefazione, capace di mantenersi per un tempo più o meno lungo.

Queste notevoli particolarità della struttura del tessuto vascolare degli organi erettili, scoperte dall'Ercolani, completano gli studî anatomici del Legros sugli elementi sanguiferi di detti organi, e portano - siccome vedremo - una importante contribuzione alla fisiologia della erezione.

2. — Di fronte ai tessuti erettili puramente vascolari, il Prof. Ercolani distingue una categoria di tessuti erettili puramente muscolari. Tale è il così detto verme o lissa della lingua del cane, che egli descrisse nel 1854 (1), e dimostrò esser costituito da un tubo tendinoso, riempito nella parte che guarda il dorso della lingua da fibre muscolari striate intrecciantisi fra di loro, e nella parte inferiore da cellule adipose. Il Virchow l'anno dopo confermò le osservazioni dell'Ercolani; ed il Braun ultimamente ha dimostrato essere la lissa tanto maggiormente sviluppata, quanto più i mammiferi estendono la lingua fuori della bocca per lambire, per cui nelle mirmecofaghe ha il massimo sviluppo.

Rientra nella categoria dei tessuti erettili muscolari l'*organo del Ruini*, che esiste nelle zampe dei solipedi, descritto da Ercolani due anni

(1) Sul preteso verme o tendine della lingua dei cani. Torino 1854.

Digitized by Google

fa (1). Ravvicinando le osservazioni del così detto *legamento sospensore del nodello*, con quelli fatti sulla lissa dei cani, rifiutò l'idea di legamento ammessa specialmente dagli anatomici tedeschi, e d'accordo col Prof. Schiff lo giudicò un *organo elastico* di azione analoga a quello della lissa, e in omaggio dell'anatomico, che primo lo avea notato, lo chiamò « *organo elastico del Ruini.* » Egli dimostrò come le masse muscolari interne, contraendosi e avvicinando i cordoni fibrosi esterni, ne risulti necessariamente un irrigidimento e allungamento di tutto l'organo, per cui il piede viene esteso e spinto in avanti. Ora egli crede che per la struttura muscolare e per l'ufficio fisiologico della lissa del cane e dell'organo del Ruini sia più bene appropriata la denominazione di *organi erettili muscolari*, che di *organi elastici*, con cui dapprima li avea appellati.

Convinto l'autore che gli organi erettori muscolari sieno largamente sparsi negli organismi animali, estese le indagini su più larga scala. — Esaminò la lissa del Canguro (Macropus maior), che rinvenne notevolmente differente da quella del cane. Nella faccia inferiore dell'apice della lingua del Canguro la lissa appare più superficiale e più voluminosa che nel cane. Le sezioni trasverse mostrano che alla base è formata da un glomere di una glandola tubulare, sormontato da un cordone tendinoso cavo, che solo nella parte anteriore si riempie di tessuto fibroso, in mezzo al quale decorrono sottili e scarsi fasci muscolari. Verso l'apice della lingua il cordone fibromuscolare assume una forma triangolare. Il lato superiore del triangolo si espande nella faccia inferiore della lingua a mo' di aponeurosi, sulla superficie interna della quale s'inseriscono numerosi fascetti muscolari, che vanno al dorso della lingua, formando come tanti sepimenti in mezzo ai muscoli linguali.

Un fatto analogo a quello, che vedesi nei formichieri, ha luogo in alcuni uccelli non rari fra noi, come nel picchio (Picus viridis) e nel torcicollo (Junx Torquilla). Il Sig. Ercolani ha descritto e fatto disegnare nella sua memoria un organo erettile, non indicato da alcuno, nella lingua del picchio (Tav. 1.ª Fig. 1.ª). Questo nuovo organo presenta maggior complicazione per l'intervento di una spina ossea centrale, che è l'estremo angolo dell'osso ioide, per quattro grossi cordoni tendinosi, due superiori e due inferiori, due corde elastiche cilindriche collocate lateralmente fra le due coppie dei cordoni tendinei, e per uno strato di tessuto elastico che riveste tutta la lingua. Queste parti formano lo scheletro del vero tessuto erettile muscolare, il quale s'inserisce in numerosi fasci in senso raggiato e decussato tutto attorno alla spina ossea, ai sei cordoni, ed alla interna superficie dello strato elastico perilinguale. I muscoli proprî della lingua trovansi solo ai lati di questo organo. — Poco differente è la struttura dell'organo elastico, che ha rinvenuto nella lingua del torcicollo, in cui però i fasci dei muscoli linguali hanno uno sviluppo maggiore.

Il noto dardeggiare della lingua nei rettili lo indusse ad indagare, se anche in essi avesser luogo organi erettori muscolari. Le sue ricerche si limitarono alla lingua delle bisce nostrane (Coluber Natrix, Atrovirens) fra gli offidî, e alla lingua delle lucertole (Lacerta viridis) fra i sauri. — L'organo erettore è assai più sviluppato e complicato nella lingua di questi vertebrati inferiori, che nella lissa dei mammiferi. — Nel Coluber Natrix risulta da un tubo tendinoso sottile, nella cavità del quale si trovano due grossi cordoni elastici laterali, circondati dai muscoli linguali longitudinali. L'organo è diviso da un sepimento muscolare mediano, e le pareti interne del tubo tendinoso sono circondate da altre fibre muscolari aventi diversa direzione, e che costituiscono un muscolo costrittore superiore, e due piccoli muscoli costrittori inferiori (Tav. 2.ª Fig. 2.ª). — Nel centro dell'organo erettore della lingua del ramarro (Lacerta viridis) trovasi un prolungamento cartilaginoso dell'osso ioide, che lo ravvicina a quello del picchio e del torcicollo. Il setto muscolare mediano è molto più sviluppato che negli offidî, e diviso in due dal fulcro cartilagineo. L'incrociamento e la decussazione delle fibre trasversali, che circondano le due masse longitudinali dei muscoli linguali, è molto più marcata ed evidente che nell'organo erettore degli offidî. Manca il tubo tendinoso contenente l'organo erettile.

Ad onta delle differenze, che ho indicato riscontrarsi negli organi erettili muscolari nelle diverse specie e classi di animali, il Prof. Ercolani rileva in tutti due fatti costanti: 1.° Incrociamento o decussazione molteplice delle fibre muscolari, che fanno parte integrante dell'organo erettore. 2.° Fasci di tessuto fibroso formanti nel maggior numero dei casi un cordone cavo, alle pareti interne del quale s'inseriscono le fibre muscolari dell'organo, sostituito in altri casi da un fulcro cartilagineo od osseo nel centro dell'organo erettile. Così nei sauri il tubo tendinoso esterno è sostituito da una disposizione circolare delle fibre muscolari, che circondano i muscoli linguali ordinarî, e da un fulcro centrale cartilagineo.

L'ufficio fisiologico di tutti questi organi è di portare un costringimento e con questo un irrigidimento e allungamento delle parti, nelle quali le intrecciate fibre muscolari entrano in contrazione. Così nella lissa dei cani eleva e irrigidisce

(1) Osservazioni sulla struttura normale e sulle alterazioni patologiche del tessuto fibroso. Bologna 1866. — Nella tavola 2.ª sono riportate le figure rappresentanti la struttura di questo organo.

Digitized by Google

l'apice della lingua, che è sprovveduta di muscoli elevatori; l'organo del Ruini serve alla estensione del piede, e quello della lingua degli uccelli e dei rettili a render rigida e a protrarre più o meno notevolmente e rapidamente la lingua fuori della bocca.

Da ciò si rileva che il concetto anatomico dei *tessuti erettili muscolari* dell'Ercolani non ha per fondamento una struttura particolare dei singoli elementi istologici che li compongono, i quali sono rappresentati dalle ordinarie fibre muscolari striate e dai comuni elementi connettivi ed elastici del tessuto fibroso; ma sibbene la particolar maniera di disposizione di questi elementi, da cui risulta non una semplice retrazione e movimento dell'organo, come ha luogo nei muscoli ordinari, ma un *irrigidimento e protrazione delle parti*. Il non distinguere la forma degli elementi dalla maniera con cui essi si aggruppano in tessuti credo sia la ragione per cui il Rouget nega l'esistenza di qualsiasi tessuto erettile come entità anatomica distinta. Il merito di avere afferrato il vero concetto di *tessuto erettile*, e l'onore della scoperta dei diversi *organi erettili puramente muscolari* rimane tutto intero al microscopista italiano.

3. — I tessuti erettili che stanno a base dei corpi cavernosi del pene dell'uomo, dei diversi mammiferi ed uccelli, come pure i tessuti erettili dei corpi cavernosi della clitoride della donna e delle femmine dei mammiferi, hanno una struttura molto più complicata di quella dei tessuti erettili semplicemente vascolari o muscolari, che abbiamo accennato finora. Nei corpi cavernosi i due elementi erettili fondamentali, il vascolare e il muscolare, si associano e s'intrecciano fra loro, formando tessuti erettili complessi *muscolo-vascolari*. Ad onta però di questo intimo congiungimento del tessuto erettile vascolare col muscolare, l'Ercolani nell'atto fisiologico dell'erezione del pene riferisce più particolarmente all'elemento vascolare i fenomeni della tumefazione, e all'elemento muscolare attribuisce principalmente il fatto dell'irrigidimento. Queste stesse conclusioni sono accennate nell'articolo del Rouget; ma l'Ercolani le fa discendere da una serie lunghissima di osservazioni, e descrizioni della struttura anatomica dei corpi cavernosi di molti animali, per cui può spingere più oltre l'analisi, ed assegnare l'ufficio che spetta alle singole parti, componenti la forma complessa dei corpi cavernosi, nella produzione della funzione fisiologica della erezione.

Noi non seguiremo l'autore nella lunga serie di descrizioni dei singoli corpi cavernosi dei diversi animali, alcuni dei quali non erano stati descritti, ed altri erroneamente interpretati. Noteremo solo le conclusioni generali, che egli ritrae dalla paziente e minuta comparazione della disposizione e proporzione dei diversi elementi, da cui risultano costituiti.

Rispetto alla figura complessiva del corpo cavernoso, egli stabilisce che benchè sia ordinariamente quella di un cono, all'esterno involto dall'albuginea, e mantengano perciò la forma tipica degli organi erettili semplicemente muscolari, pure non mancano notevoli differenze della forma esteriore nei diversi animali. Così nel pene del pipistrello il corpo cavernoso presenta nello stato di flaccidità una forma quasi triangolare; nel sorcio una forma quasi semilunare colla convessità rivolta in alto; nel porco una figura di ferro di cavallo, che abbraccia l'uretra colle lunghe branche volte inferiormente. In altri casi il corpo cavernoso ha diversa forma a seconda che si esamina alla base o all'apice del pene. Così nel coniglio alla base ha una forma decisamente triangolare, mentre all'apice è conico; nel porco alla base è a ferro di cavallo, e verso l'apice presenta una specie di torsione, determinata dal fatto che la branca destra si accorcia, e giunta al livello della porzione dorsale del pene rivolge in alto e a sinistra l'apice della branca, che era inferiore.

L'autore poco ha da aggiungere alle osservazioni ed agli insegnamenti, che furono già dati intorno all'albuginea o membrana esterna del corpo cavernoso. Egli nota che negli animali, nei quali l'albuginea è molto grossa, anche quando è essiccata - per la differente tinta ed apparenza che acquista col taglio il tessuto fibroso che la compone - si vede formata di due strati. L'esterno è costituito da cordoni fibrosi longitudinali, e l'interno è formato da fibre circolari e concentriche, che si mettono in rapporto di continuità col tessuto fibroso dei sepimenti interni, qualunque sia la forma di questi. La disposizione longitudinale dei cordoni fibrosi dello strato esterno si vede assai bene all'apice del corpo cavernoso del pene del bue e del montone. In questi animali i cordoni fibrosi si disgregano e si espandono in mezzo al tessuto elastico, che forma gran parte del loro glande, specialmente nel bue.

Ha osservato notevoli differenze anatomiche nella disposizione dei sepimenti tendinosi e del setto costituenti le parti interne dell'albuginea. Il Legros (1) meglio di ogni altro compendiava queste differenze affermando che nell'uomo formano un setto mediano incompleto e un sepimento completo nel cane, che nel cavallo sono cordoni tendinosi che partono dalla parte inferiore del corpo cavernoso, e di là s'irraggiano in tutti i sensi, figurando in un taglio trasversale del pene una specie di ventaglio. Nel coniglio questa disposizione è più chiaramente visibile, i fasci laminosi raggiati (così egli chiama i sepimenti) sono sì numerosi e talmente compatti, che riducono la trama erettile a poca cosa. Nel porcellino d'In-

(1) Pag. 11 della memoria citata.

Digitized by Google

dia sono pure numerosi, ma in maggior numero si osservano nel montone, ed è nel bue e nel camello che toccano il più alto grado di sviluppo, tanto che si potrebbe credere dietro un esame superficiale, che il corpo cavernoso sia interamente composto di tessuto fibroso. — L'Ercolani ha notate altre e maggiori differenze nella parte descrittiva del suo lavoro, e crede che i sepimenti interni dell'albuginea non sieno stati giudicati con sufficiente severità. Infatti si cadde nell'errore di considerare il solo setto mediano, rappresentante la riunione dei due corpi cavernosi, siccome la misura della proporzione delle parti tendinose interne dei corpi cavernosi in diretto rapporto coll'albuginea; e dalla presenza o mancanza, dalla grossezza o picciolezza, dalla completezza od incompletezza del setto mediano, si giudicò della maggiore o minore abbondanza o anche dell'assenza assoluta dei sepimenti tendinosi dell'albuginea nei corpi cavernosi dei diversi animali. Invece la logica anatomica consiglia, e le osservazioni di fatto confermano, che in alcuni animali, i di cui corpi cavernosi mancano di setto propriamente detto, il tessuto tendineo interno dell'albuginea si trova in maggior copia che in quelli animali, i di cui corpi cavernosi son provveduti di setto. Così sono forti e numerosissimi i cordoni fibrosi nei pachidermi, nell'erinaceo, nei ruminanti e nei cetacei, che mancano di setto mediano; e sono meno estesi ed importanti negli animali provveduti di setto mediano, sia esso completo come nella talpa e *nel pipistrello*, od incompleto come nell'uomo, o anche completo e con alcuni sepimenti raggiati come nel cane. Queste ed altre osservazioni dell'autore portano adunque molto chiaramente ad una conclusione opposta a quella, che è universalmente insegnata: e cioè che nei ruminanti ed in alcuni roditori e cetacei, gli elementi fibrosi dell'albuginea, benchè non costituiscano un vero setto mediano, sono enormi, rappresentati da un grosso cordone fibroso centrale, risultante dalla riunione di moltissimi sepimenti fibrosi che sono tutti in rapporto col tessuto dell'albuginea (vedi Tav. 5.ª, Fig. 2.ª, Lett. *n* — Tav. 7.ª, Fig. 2.ª, Lett. *c c* — Tav. 8.ª, Fig. 1.ª, Lett. *f*).

Benchè nel maggior numero dei casi esista nei corpi cavernosi del pene dei mammiferi un numero più o meno grande di sepimenti fibrosi collegati con tutte le diverse parti dell'albuginea, di volume però e forme variabilissime, tuttavia fanno eccezione molti quadrumani. Il Milne Edwards (1) nota che nei cynocefali e nei cercopitechi il setto mediano non si estende al di là della porzione media del corpo cavernoso. Il Prof. Ercolani l'ha trovato rudimentario e non visibile colla semplice ispezione oculare nel Silvano, mentre lo ha trovato robusto e completo nel pene di una piccola scimmia di specie non determinata.

Oltre all'albuginea ed ai suoi sepimenti e setti tendinosi l'autore ha preso in esame l'osso del pene, che forma la parte terminale del corpo cavernoso in alcuni animali. Alle differenze che presenta l'osso del pene nelle varie specie animali, e che sono già note agli anatomici, l'autore ha aggiunto che nella talpa il piccolo osso del pene è compreso nella porzione terminale del setto tendinoso mediano; ed ha pure notato che quando è piccolissimo o manca, la porzione ultima dell'albuginea è rafforzata internamente da molti sepimenti tendinosi, esista un vero glande come nel pipistrello o non esista come nella talpa, nel rimanente corpo cavernoso dei quali animali il setto mediano è completo ma unico.

Da tutto ciò si rileva che l'albuginea coi suoi sepimenti o setti fibrosi corrisponde ed ha il medesimo ufficio dei tubi fibrosi dei tessuti erettili muscolari, e l'osso del pene può in alcuni casi corrispondere ai fulcri ossei o cartilaginei dell'organo erettile muscolare della lingua dei sauri e di alcuni uccelli. Rispetto alla funzione dell'erezione rappresentano lo scheletro, su cui s'impiantano gli elementi contrattili, che sono la parte essenziale del vero tessuto erettile.

Se i sepimenti tendinosi interni dell'albuginea in alcuni animali sono enormi, e in altri sono minimi ed anche mancano completamente, le *trabecole* dei corpi cavernosi - benchè di diverso numero, volume e costituzione - non mancano mai. Questa loro costante presenza le fa subito sospettare come elementi essenziali alla costituzione del vero tessuto erettile dei corpi cavernosi.

Le trabecole sono formate da tessuto connettivo, da fibre elastiche e da fibre muscolari lisce. — Mentre l'albuginea coi suoi sepimenti o setti fibrosi e l'osso del pene rappresentano il cilindro fibroso cavo, e i fulcri cartilaginei ed ossei dei tessuti erettili muscolari; le trabecole dei corpi cavernosi corrispondono alle fibre muscolari intrecciate, che sono l'elemento essenziale dei tessuti erettili muscolari. Infatti tolta la differenza che in questi l'elemento essenziale è costituito sempre da fibre muscolari striate, mentre in quelli è rappresentato da fibre muscolari lisce o involontarie, il fatto della decussazione e intreccio delle fibre e dei fasci è sempre palese, ed è notevolissimo nel pene di alcuni animali.

L'autore dietro minuta comparazione distingue la diversa proporzione nei varî animali dell'elemento connettivo, elastico e muscolare, di cui risultano costituite le trabecole dei corpi cavernosi. Il tessuto connettivo ed elastico abbonda nelle trabecole di quei corpi cavernosi, dove difettano i sepimenti fibrosi dell'albuginea; e predomina il tessuto muscolare nelle trabecole dei

(1) Leçons sur la Phys. et l'Anat. Comparée. T. 9. Paris 1858, p. 29.

Digitized by Google

corpi cavernosi, in cui i sepimenti fibrosi abbondano. Così nell'uomo e nel silvano osservasi assai nettamente la predominanza del tessuto connettivo ed elastico nelle trabecole; e nei pachidermi, nei ruminanti, in alcuni insettivori ecc., è palese la prevalenza del tessuto muscolare. — Le trabecole, che sono costituite a prevalenza di tessuto connettivo ed elastico, tengono luogo dei sepimenti fibrosi dell'albuginea; esse infatti sono intimamente congiunte colla parete interna di questa membrana fibrosa, e nei punti di unione frequentemente s'incontrano cellule adipose. Però soltanto il tessuto connettivo ed elastico delle trabecole s'intreccia e si mescola col tessuto fibroso dell'albuginea propriamente detta, mai il tessuto muscolare. Egli ha osservato invece avvenire questo mescolamento del tessuto muscolare col fibroso del setto mediano e dei numerosi sepimenti nel gatto, nel montone e nel toro (vedi Tav. 5.ª, Fig. 1.ª, Lett. *c* — Tav. 6.ª, Fig. 2.ª, Lett. *b*). — Trabecole voluminose, e quasi esclusivamente formate da fibre muscolari riscontransi nei solipedi domestici, nell'elefante e nell'erinaceo. Trabecole interamente muscolari, e sepolte fra le molte masse tendinose dei sepimenti interni ai quali aderiscono, le ha osservate nel bue e nel montone, e alquanto più scarse nel sorcio; e infine trabecole in massima parte muscolari ma poco voluminose, nel cane e nella cavia (vedi Tav. 2.ª, Fig. 3.ª, Lett. *b b*). Una sola eccezione alla regola della proporzione diretta fra la quantità delle fibre muscolari delle trabecole e quella dei sepimenti tendinosi l'ha riscontrata nella talpa, ove le trabecole sono per la massima parte muscolari, e non vi ha traccia di sepimenti tendinei all'infuori del grosso e robusto setto (vedi Tav. 3.ª, Fig. 2.ª, Lett. *a*).

All'elemento muscolare si aggiunge nella struttura dei corpi cavernosi l'elemento vascolare, che li rende molto più complessi e perfetti, e di semplici organi erettili muscolari li eleva ad organi erettili *muscolo-vascolari*.

Il tessuto vascolare dei corpi cavernosi si trova nella forma modificata di *tessuto vascolare erettile*, come si rinviene nella cresta dei gallinacei, nel tessuto spugnoso dell'uretra ecc.; esso cioè si presenta essenzialmente sotto forma di seni venosi o ectasie capillari, rappresentate dalle areole o lacune che esistono fra gl'interstizî delle trabecole. Sicchè i seni venosi si trovano dovunque e sempre in rapporto di contatto e intimamente congiunti colla parte muscolare, che riveste le pareti delle trabecole. Invece le arterie dei corpi cavernosi, che presentano, come già dicemmo, la notevole particolarità delle molteplici ripiegature o festonature delle pareti interne, decorrono sempre in mezzo al tessuto connettivo ed elastico delle trabecole.

Il diametro delle cavità areolari del corpo cavernoso non è in rapporto nè colla mole degli animali, nè colla grandezza dell'organo, nè colla struttura delle trabecole.

Le areole più ampie l'autore le ha riscontrate nel pipistrello, nel quale animale le trabecole sono esili, ed in cui si ha per giunta la disposizione festonata della parete interna dell'albuginea e del setto mediano; condizioni che debbono favorire in questo animale un'enorme tumefazione (vedi Tav. 9.ª, Fig. 1.ª, Lett. *a*, *b*, *c*, *d*). Ampie ha pure trovato le areole nella talpa, ove le trabecole, come si è detto, sono per la massima parte muscolari, ad onta che non esistano sepimenti tendinosi, tranne il grosso setto mediano. Ampie ancora ha rinvenuto le areole nel corpo cavernoso della simia silvanus (vedi Tav. 3.ª, Fig. 1.ª, Lett. *f*); assai più ampie di quelle dell'uomo, ove esiste un setto mediano, che nella prima manca. In minor numero e meno ampie ha costatato le areole del corpo cavernoso dei solipedi; e ancora più scarse e più piccole nel corpo cavernoso dell'elefante. Ora la tumefazione nell'atto dell'erezione del pene dei solipedi e dell'elefante non è certo minore in proporzione della grossezza del pene, di quella che ha luogo nell'uomo, il che sembra contraddire alla idea molto semplice ed ovvia del perfetto rapporto fra l'ampiezza delle areole ed il grado di tumefazione del pene nella erezione. Ma l'autore ha dimostrato, come in questi animali gli organi per la tumefazione non si trovino precipuamente rappresentati dai corpi cavernosi come nell'uomo, ma sibbene dal tessuto spugnoso puramente vascolare dell'uretra, che acquista uno sviluppo enorme specialmente nell'elefante, e che fu cagione di un singolare errore in quel grande che fu Giorgio Cuvier, il quale confuse il tessuto spugnoso che circonda il corpo cavernoso dell'elefante, col vero corpo cavernoso di questo animale. — In quanto alla forma dei seni venosi l'autore aggiunge, che nel corpo cavernoso del delfino, del toro e del camello, essi hanno maggior somiglianza coi lumi vasali di un plesso venoso, che colle areole dei corpi cavernosi ordinari.

Questi sono i fatti più notevoli illustrati dall'Ercolani rispetto all'anatomia comparata dei corpi cavernosi del pene di diversi animali.

4. — Non renderei una idea abbastanza adequata della latitudine e ricchezza di fatti particolari della monografia dell'autore, se prima di parlare del meccanismo della erezione non aggiungessi altre notevoli particolarità risguardanti i tre diversi tipi fondamentali degli organi erettili promiscuamente.

In alcuni animali che hanno, nello stato di riposo, l'apice del pene normalmente voltato all'indietro, ma che completamente si rivolge nell'atto dell'erezione, oltre alle parti che si trovano sempre costituire il sistema erettile com-

Digitized by Google

plesso del pene, l'autore ha descritto ancora organi erettili aiutatori dell'erezione, anatomicamente costrutti con uno dei tre tipi fondamentali. Così quello che ha osservato nello spessore della parete inferiore dell'albuginea nel gatto, mantiene il tipo degli organi erettili muscolari più semplici, ed è analogo a quello che forma l'*organo del Ruini*, che ha descritto nelle zampe dei solipedi, anche perchè è costituito da fibre muscolari striate; mentre quello della cavia cobaja, che fu considerato come un muscolo speciale da Cuvier, è un organo erettile, che segue il tipo più composto degli organi erettori muscolo-vascolari. — Ha distinto nel sorcio un organo erettile aiutatore dell'erezione rudimentario e formato per la massima parte da tessuto elastico e fibroso; e alla radice dell'uretra del coniglio un organo erettile aiutatore considerevole, costrutto sul tipo degli organi erettili vascolari.

L'autore osserva, che alcune parti inservienti alla tumefazione del pene in certi animali, che sono in diretto rapporto col tessuto erettile vascolare dell'uretra, potrebbero riguardarsi come organi erettili accessori semplicemente vascolari. Tali sono i plessi vascolari alla base del pene di alcuni cetacei, il plesso vascolare dorsale del pene dei solipedi, che fino ad un certo punto potrebbe essere rappresentato dalla vena dorsale del pene dell'uomo, molto ampia in alcune scimmie massime nel silvano, e voluminosissima nel pene del sorcio.

Egli aggiunge, che in alcuni casi gli organi ordinariamente formati da tessuto erettile vascolare semplice sono costituiti da tessuto erettile muscolo-vascolare, come accade nel glande della cavia ed in quello voluminosissimo del pipistrello. L'autore avverte però con fino accorgimento, che non basta la sola presenza di fasci muscolari in mezzo ai tessuti erettili vascolari, come osservasi nel tessuto spugnoso dell'uretra del cavallo e del coniglio, per farli giudicare organi erettili muscolo-vascolari; ma bisogna guardare alla disposizione incrociata e variamente decussata dei fasci e fibre muscolari. Nei casi predetti benchè esistano fibre muscolari lisce, esse non hanno la disposizione voluta per costituire tessuti erettili, ma seguono costantemente una direzione parallela all'asse longitudinale dell'organo, di cui fanno parte. Riguardo all'ufficio fisiologico di queste fibre muscolari longitudinali dei tessuti spugnosi, siccome l'autore le ha riscontrate in fasci robusti e numerosi negli animali, in cui osservasi pure sviluppatissima la disposizione festonata della parete vascolare dei seni, egli crede che la contrazione dei detti fasci muscolari debba aiutare lo svuotamento dei seni venosi dell'uretra enormemente dilatati per la espansione delle ripiegature della loro parete interna. Per cui i fasci muscolari in discorso sarebbero antagonisti dei fasci muscolari delle trabecole del corpo cavernoso (i quali - siccome ora vedremo - colla loro contrazione ritardano il vuotamento dei seni), e sarebbero analoghi ai muscoli retrattori del pene formati pur essi di fibre lisce parallele, e che da molti anatomici sono descritti come legamenti del pene, specialmente nei ruminanti.

Finalmente l'autore insegna un'altra differenza anatomica importante per non confondere i tessuti erettili vascolari semplici con fibre muscolari, coi tessuti erettili muscolo-vascolari. — Nei primi le fibre ed i fasci muscolari decorrono in mezzo al tessuto connettivo ed elastico, che circonda i vasi dilatati, mentre nei secondi i fasci muscolari sono costantemente addossati ed in contatto immediato colle sottili pareti dei vasi dilatati. — Quanto maggiore è la complicazione o perfezione dell'organo erettile, tanto più stretto ed intimo è il rapporto tra il tessuto vascolare e il musculare. — Negli uccelli gli elementi costitutivi degli organi erettili i più perfetti non mancano, come non mancano le forme tipiche fondamentali, con questa capitale differenza però che tutti gli elementi costitutivi sono in alcuni casi isolati e disgiunti, come l'autore ha dimostrato nella *papilla* rappresentante il pene dell'anitra.

Il più importante fra gli organi erettori è il tessuto erettile muscolo-vascolare, che forma i corpi cavernosi del pene dei mammiferi, per la sua costanza, pel suo sviluppo, pel tipo unico e identico che conserva sempre, ad onta di una molteplice varietà nella proporzione degli elementi costitutivi, e finalmente per la sua funzione fisiologica, di cui ora vedremo il meccanismo.

5. — Lo studio e la conoscenza della struttura anatomica dei tessuti erettili ha per scopo la spiegazione del fatto fisiologico della erezione.

Nei tre ordini di tessuti erettili la erezione presenta caratteri diversi. Così quella dei tessuti erettili puramente vascolari si manifesta con una semplice *tumefazione* degli organi, quella dei tessuti erettili puramente muscolari si appalesa con un semplice *irrigidimento*, e quella infine dei tessuti complessi muscolo-vascolari appare con un *inturgidimento associato a rigidità*. Ora siccome il vero elemento erettore del primo ordine di tessuti è rappresentato dai capillari dilatati a mo' di seni venosi, dall'ingorgo di questi seni dovrà dipendere necessariamente la turgescenza nell'atto della erezione; e siccome il vero elemento erettore del secondo ordine di tessuti è costituito dalle fibre muscolari variamente intrecciate e decussate, l'irrigidimento che ha luogo nella erezione sarà dipendente necessariamente dalla contrazione di questi fasci muscolari. Fissato così genericamente il fattore della tumefazione dei tessuti erettili vascolari, e dell'irrigidimento dei tessuti erettili muscolari, chi potrebbe negare la legitimità della conclusione che negli organi erettili muscolo-va-

Digitized by Google

scolari l' inturgidimento sia prodotto dall' elemento vascolare delle areole, e la rigidità dall'elemento muscolare delle trabecole? — Però questo non è tutto: fa d' uopo determinare il meccanismo e l' intiero processo fisiologico, con cui si giunge alle diverse forme di erezione; fa d' uopo determinare in qual modo la funzione dei diversi elementi del corpo cavernoso concorrono alla produzione del fenomeno complesso della erezione del pene. L' autore, previa una critica storica delle diverse teoriche della fisiologia della erezione, raggiunge quest' ultimo scopo del suo lavoro.

Le prime idee, che si ebbero per spiegare la erezione del pene, furono l'ammettere un ostacolo meccanico, che insorgesse nell'atto della erezione, e fosse causa di una stasi sanguigna nelle areole. Così gli antichi credettero trovare questo ostacolo nella compressione della vena pudenda interna contro la sinfisi del pube. Tosto parve insufficiente questa cagione, e il Cuvier e l'Adelon immaginarono ancora uno spasmo delle vene, per cui asportassero minor copia di sangue di quella che vi giungeva. — Ma l' esperienza dimostrò ben presto che l' idea semplice di stasi non avea alcun valore. Le arterie del pene in erezione pulsano con maggior forza; e dall' allacciatura completa delle vene del pene non si ebbe mai l' erezione, onde il Burdach (1) dichiarò recisamente l' idea della stasi una ipotesi vuota di senso che non avea mai soddisfatto alcuno. — Colpita da questa stessa sentenza è la teorica di Krause e Kobelt (2), che attribuirono la stasi sanguigna alle contrazioni dei muscoli ischio e bulbo-cavernosi, e quella di Sappey, che la volle dipendente dalla tonaca che avvolge il pene, e che egli descrisse sotto il nome di muscolo peripeniano.

La cognizione precisa, che si ebbe in questi ultimi tempi dell' esistenza di fibre muscolari lisce nel corpo cavernoso del pene, che da molto tempo però Bourgelat e Cuvier aveano già indicato, fu la cagione che vennero chiamate in causa per spiegare l' erezione. — Valentin credette che le fibre muscolari delle trabecole, contraendosi, allontanassero le pareti delle areole e loro permettessero così di accogliere una maggiore quantità di sangue. Ma il Rouget fin dal 1858 ha combattuto vittoriosamente questa teorica, considerando il corpo cavernoso come un tubo fibroso, il di cui interno è traversato da corde muscolari tese da una parete all' altra, per cui l' effetto della loro contrazione non poteva essere che un ravvicinamento delle pareti del tubo, e lungi quindi dal recare una dilatazione delle areole, dovea produrne un costringimento. Infatti coll' azione dell' elettricità, o solo anche per effetto del freddo, che eccita la contrazione dei fasci muscolari del corpo cavernoso, avviene una notevole diminuzione del volume della verga, accompagnata da una specie di rigidità tutta particolare, ma diversa da quella che ha luogo nella erezione.

Il Kölliker (1) ammettendo la dilatazione delle areole del corpo cavernoso o capillari dilatati secondo i recenti insegnamenti di Robin e Legros, la spiegò non colla contrazione delle fibre muscolari delle trabecole, ma colla loro paralisi momentanea. Questa opinione ebbe non pochi seguaci fra i quali Milne Edward (2), il quale combinò la dottrina di Kölliker cogli insegnamenti dati da Kobelt sulla contrazione dei muscoli ischio e bulbo-cavernoso. Ma una semplice esperienza, dice lo Schiff (3), confuta questa dottrina. Se si tagliano tutti i nervi del pene, l' organo s' ingorga di sangue, e presenta tutti i fenomeni dell'iperemia passiva, ma lungi dal mostrare qualche cosa di analogo all' erezione, il pene così operato diventa più molle che allo stato normale.

L' opinione espressa dal Rouget nel suo ultimo lavoro (4) è un po' diversa da quella di Milne Edward. Egli ammette una iperemia per dilatazione paralitica delle arterie, contrazione spasmodica dei muscoli ischio e bulbo-cavernosi (Krause e Kobelt), del trasverso profondo (Henle), del muscolo di Guthrie, e dei muscoli prostatici e delle vescichette seminali (Rouget), che producono una stasi venosa e un aumento di tensione del sangue nei vasi dilatati; ed aggiunge come elemento secondario, che anche la contrazione delle trabecole muscolari del corpo cavernoso deve aumentare nell' erezione la rigidità degli organi della copula. — L'idea di una dilatazione paralitica dei vasi sorse dopo le scoperte di Cl Bernard sui nervi vaso-motori, e fu il Robin il primo a farne l' applicazione alla fisiologia della erezione, considerandola dipendente da una dilatazione delle areole per paralisi dei nervi vaso-motori. Il Legros (5) invece affermava che l'erezione, benchè realmente sia sottoposta all' influenza dei nervi vaso-motori, pure non è la loro paralisi che la determina, ma la loro eccitazione fisiologica. Questa dottrina coincide presso a poco colla ipotesi di Adelon.

(1) Physiologie, T. 2, Pag. 150.

(2) De l' appareil du sens génital des deux sexes dans l' espèce humaine et dans quelques mammifères. (Trad. de l' Allemand par Kaula).

(1) Anatomische und physiologische Verhalten des cavernosen Korpers der Sexualorgane. Würzburg. 1852.

(2) Leçons sur la Physiologie et l' Anatomie comparée, T. 9, Pag. 57, Paris 1868.

(3) Leçons sur la Physiologie de la Digestion, T. 1, Pag. 265. Florence 1868.

(4) Des mouvements érectiles. Archives de Physiologie normale et pathologique. Paris 1868.

(5) Des tissus érectiles et de leur physiologie. Paris 1867, Pag. 16.

Digitized by Google

Lo Schiff infine (1) senza esitanza annovera l'erezione fra quei fatti fisiologici, la causa dei quali deve esser cercata in una dilatazione vascolare per irritazione diretta dei nervi, che produce un'iperemia attiva. Ricorda che Eckhard irritando i nervi spinali, i di cui rami si distribuiscono al pene, ottenne l'erezione dopo un intervallo di tempo più o meno lungo, nel tempo stesso che si stabiliva una circolazione più attiva in tutto l'organo. Amputato il pene, e irritando i nervi spinali, Eckhard osservò che la rapidità, con cui il sangue colava, si accresceva a vista d'occhio, e il moncone diveniva rigido. Da questi fatti lo Schiff trae due conclusioni importanti: 1.° che l'erezione non ha nulla che fare con un arresto nella circolazione venosa; 2.° che la pressione arteriosa del sangue è aumentata durante l'erezione.

Comparando queste diverse opinioni e dottrine, l'Ercolani riflette che per quanto esse appaiano svariate e contrarie, concordano però tutte nel cercare e nel credere di aver trovato l'intima ragione per cui una maggiore quantità di sangue si trova nel pene in erezione, arrestatavi secondo i più, o portatavi in maggior copia secondo altri. — La dottrina di Eckhard, affermata dallo Schiff, è l'unica che si accordi colla critica severa dei fatti. Essa però vale a spiegare la tumefazione semplice del tessuto spugnoso dell'uretra e del glande, e non l'irrigidimento del corpo cavernoso che si associa alla tumefazione. È vero che la forte dilatazione del sistema vascolare dei corpi cavernosi può mettere in tensione l'albuginea e i setti e sepimenti fibrosi, come ammette il Legros, e da questa tensione derivarne l'irrigidimento; ma nella cobaja, nel coniglio, nel bue e nel camello, in cui i sepimenti fibrosi sono abbondanti, e le areole molto rare, questa tensione non potrebbe aver luogo, essendo limitatissima la tumefazione del pene nell'atto dell'erezione.

Per completare la dottrina del fatto complesso dell'erezione del pene l'autore adunque aggiunge un altro elemento, che è anche accennato dal Rouget: *la contrazione delle fibre muscolari delle trabecole* determinata dalla dilatazione attiva dei vasi. Questa trazione trabecolare sulle areole distese dal sangue, che è incompressibile, è sempre sentita dall'albuginea, dai sepimenti fibrosi e dal tessuto elastico e connettivo delle trabecole che per la loro struttura, e per la distensione che subiscono dopo la dilatazione vasale, mirabilmente si prestano a dare l'*irrigidimento* per ultimo risultato della contrazione muscolare. Cessato l'eccitamento fisiologico, che avea determinata la dilatazione attiva dei vasi, e diminuito l'afflusso, l'elasticità dell'albuginea e dei sepimenti tendinosi interni, coadiuvata dalla contrazione delle fibre muscolari delle trabecole, aiuta a svuotare dal sangue il corpo cavernoso, come la contrazione dei fasci muscolari longitudinali del tessuto spugnoso dell'uretra e del glande aiuta a svuotarne i seni enormemente distesi (vedi Tav. 10.ª, Fig. 3.ª, Lett. *b b*). Questo ultimo fatto l'autore lo prova indirettamente, costatando la mancanza dei fasci muscolari longitudinali nel voluminoso glande del cane, nel quale la tumefazione dura per lungo tempo; e direttamente costatando numerosi fasci muscolari paralelli all'asse del pene del cavallo, di cui il coito e la tumefazione è molto breve.

Il trovarsi piene o vuote di sangue le areole del corpo cavernoso, quando le fibre muscolari delle trabecole si contraggono, porge una chiara e semplice spiegazione del fatto in apparenza contraddittorio notato dal Rouget, che cioè da un unico fattore « contrazione delle fibre muscolari del corpo cavernoso » abbiano luogo effetti opposti, irrigidimento e allungamento, se i seni sono turgidi di sangue, e accorciamento e diminuzione di volume, se i seni sono vuoti di sangue, come avviene per l'azione del freddo e dell'elettrico.

Nell'atto della erezione la contrazione delle fibre muscolari delle trabecole, dovendo essere determinata dalla dilatazione attiva delle arterie e dei seni come la concepisce lo Schiff, è necessario che questa dilatazione sia molto considerevole, perchè si raggiunga la erezione perfetta, che si manifesta collo irrigidimento. Ora questa forte dilatazione vasale, assai maggiore di quella che può aver luogo nelle altre regioni del sistema sanguifero, resterebbe un fatto molto oscuro e di difficile concepimento, se oltre alla forma di seni venosi, che assumono i capillari dei corpi cavernosi, non si trovasse nella struttura delle arterie, da cui deve cominciare la dilatazione attiva, la ragione sufficiente di una dilatabilità straordinaria. Ecco il punto in cui il fatto notevole, scoperto dall'autore, delle molteplici ripiegature della parete interna delle arterie del pene ha la sua importante applicazione alla fisiologia della erezione. Per uno sviluppo o dispiegamento più o meno completo di dette inflessioni della parete interna delle arterie si può avere una distensione, che non è concessa alle altre arterie del corpo. — Così rimane chiaramente dimostrata la ragione meccanica dello straordinario afflusso del sangue al pene nell'atto della erezione, tanto da occasionare - per la dilatazione delle areole e distensione passiva dell'albuginea - la contrazione delle fibre muscolari delle trabecole, da cui risulta la rigidità, che è la completezza della erezione.

6. — Rimane un ultimo problema da sciogliere: — Qual'è il meccanismo per cui l'eccitamento nervoso riconosciuto dall'Eckhard e dallo Schiff, e che è il primo motore della erezione, agendo

(1) Leçons sur la physiologie de la digestion. Florence 1868, Pag. 264.

Digitized by Google

sulle fibre muscolari della tonaca media dei vasi, giunge a dilatare il diametro di questi, piuttostochè a restringerlo? — Nè lo Schiff, nè l'Ercolani si addentrano in siffatta questione: rimane adunque un *quid ignotum*, direi quasi un anello misterioso, che non ci permette di strappare alla natura l'intiera catena dei fatti, e di comprendere tutto il processo della erezione. — Chieggo scusa al Lettore, se io oso mettermi per poco in questo arringo, e tentare per conto mio la soluzione di quest' ultimo problema, sciolto il quale tutto il meccanismo della erezione rimane perfettamente spiegato.

Se si considera la tonaca media di una arteria come un anello muscolare composto di fibre disposte circolarmente, colla loro convessità rivolta alla parete esterna del vaso e la loro concavità che guarda la parete interna del medesimo, si comprende benissimo che un eccitamento nervoso, facendo contrarre gli elementi muscolari nel senso della loro lunghezza, debba portare una costrizione, dell'anello muscolare, e quindi un restringimento del lume vasale. Però data questa disposizione anatomica delle fibre muscolari e questa forma di contrazione, non è possibile spiegare la dilatazione del vaso. Non sarebbe lecito pensare in questo caso ad una forma di contrazione delle fibre muscolari lisce, diversa da quella finora ammessa e conosciuta, e che consistesse non in un accorciamento nel senso della lunghezza della fibra, ma in una contrazione nel senso trasversale, da cui risultasse un allungamento attivo degli elementi contrattili, e quindi una dilatazione del lume vasale? Fatti di analogia, che diano un certo appoggio e valore a questa nuova forma di contrazione, non mancano nella fisiologia comparata. I movimenti delle amibe, che il Recklinghausen ha riconosciuto anche nei leucociti e nelle cellule del pus (movimenti amiboidi), per cui questi semplicissimi organismi emettono dei prolungamenti e modificano in tutti i sensi la loro forma, non sono forse l'effetto di una maniera di attiva contrazione, affatto opposta a quella che è riconosciuta nelle fibre muscolari lisce e striate? — Prima però di ammettere un fatto ed una idea nuova nella scienza, la logica vuole che se ne riconosca la necessità, e che nel caso nostro, servendosi della forma comune di contrazione muscolare, non sia possibile trovare le condizioni meccaniche, per cui s'abbia una dilatazione vasale attiva per eccitamento dei nervi vaso-motori. Ora a me sembra che questa condizione meccanica valevole, a spiegarci il fatto dell'attiva dilatazione vasale colla contrazione muscolare ordinaria, si abbia appunto nella disposizione anatomica scoperta dall'Ercolani nelle arterie del pene. Nella tonaca muscolare di queste arterie si possono distinguere due strati: uno maggiore e più esterno rappresentato da fibre muscolari circolari, che hanno la loro convessità rivolta alla tonaca avventizia, e la loro concavità verso la tonaca interna del vaso come nelle arterie ordinarie; ed uno strato di minore spessezza e più interno, che segue le inflessioni o ripiegature della tonaca interna dell'arteria, rappresentato da fibre muscolari che hanno la loro convessità rivolta verso l'asse vasale, e la loro concavità che guarda la parete esterna dell'arteria. Gli è chiaro che la contrazione muscolare ordinaria di questi due strati debba produrre effetti diametralmente opposti: contraendosi le fibre muscolari dello strato esterno, ne seguirà un restringimento o spasmo vasale, e invece contraendosi le fibre muscolari dello strato interno, che si trova fra le ripiegature, dovrà prodursi uno sviluppo più o meno completo di queste ripiegature, e conseguentemente un' ampliazione della capacità vasale. La ragione meccanica di questo fatto sta in ciò, che le fibre muscolari di forma curvilinea, che hanno i loro poli fissi, contraendosi debbono necessariamente ridursi più o meno rettilinee. Perchè si abbiano però i due effetti antagonostici è necessario, che la contrazione avvenga isolatamente in uno dei due strati muscolari, e che l'altro si lasci passivamente distendere per propria distraibilità. Infatti se colla contrazione dello strato interno coincidesse la contrazione anche dello strato esterno, questo essendo più spesso e cospicuo eliderebbe l'effetto del primo, e non si avrebbe la dilatazione vasale. Per spiegar poi la contrazione isolata e autonoma di ciascuno dei due strati muscolari, in cui può dividersi fisiologicamente la tonaca media delle arterie del pene, basta concepire che in ciascuno di detti strati corrisponda un sistema distinto di nervi vaso-motori.

Il Prof. Vella, a cui ho comunicate queste idee, e che egli ha rafforzato della sua valida approvazione, in conferma della dottrina di due ordini distinti di nervi vaso-motori aggiunge il fatto importante scoperto dal Bernard, che riguarda il doppio ordine di nervi che influenza il sistema vascolare delle glandole sotto-mascellari (1). Alla glandola sotto-mascellare si recano nervi di doppia origine: la corda del timpano, e alcuni rami carotidei del simpatico. La galvanizzazione dei rami simpatici non è dolorosa, e rallenta notevolmente lo scolo del sangue dalle vene, che escono dalla glandola, fino a sospenderlo completamente, il che non può riferirsi se non ad uno spasmo vasale. Invece la galvanizzazione della corda del timpano è dolorosa, produce una dilatazione arteriosa attiva, ed un acceleramento della corrente, perchè il sangue esce dalla vena della glandola più abbondantemente fino a produrre delle piccole

(1) Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme. Paris 1859, Pag. 285.

Digitized by Google

pulsazioni venose, nel tempo stesso il sangue si fa rutilante come l'arterioso, e si attiva un'abbondante secrezione salivare. Questo fatto cospicuo giova assai pel caso nostro, e toglie il carattere di una semplice supposizione gratuita alla idea di ammettere due ordini distinti di nervi vaso-motori, uno destinato al restringimento, e l'altro alla dilatazione dei vasi. Per spiegare poi il modo, con cui nel caso dell'erezione si può stabilire la prevalenza di azione di un ordine di nervi sull'altro, il Prof. Vella riflette che l'erezione del pene cominci con un eccitamento dei centri massimi del sistema animale, il quale si propaghi ai nervi spinali, e sospenda o rallenti l'azione dei nervi gangliari della vita vegetativa, per cui s'abbia la dilatazione attiva delle arterie del pene. — Colla considerazione di questi fatti e col concepimento di queste idee mi sembra che la questione della dilatazione attiva dei vasi del pene abbia i dati di una soluzione se non assoluta, almeno ragionevole, e che sotto questo punto di vista l'arduo problema della funzione fisiologica della erezione possa considerarsi come perfettamente soluto.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

A. Correnti. — *Studi critici e contribuzioni alla patologia dell' albuminuria.* — Lo Sperimentale, Agosto, Settembre, Ottobre 1868.

L'Autore dopo aver detto ciò che intendesi colla parola *albuminuria* (cioè l'alterazione della secrezione renale caratterizzata dalla presenza d'albumina nelle urine), e datine alcuni cenni storici, ammette essere un fenomeno comune a più condizioni morbose, e conclude la partizione di essa avere per base le tre condizioni indispensabili, dalle quali si fa dipendere la secrezione urinaria allo stato normale, cioè una tale composizione del sangue, pressione idrostatica di questo liquido nei vasi renali, e integrità degli elementi istologici del rene. Se l'una o l'altra di queste condizioni subisce un'alterazione capace di produrre l'albuminuria, dalla causa che l'ha prodotta si avrà dunque: albuminuria per alterata composizione del sangue o *ematogena;* per alterazione nella pressione idrostatica del sangue renale o *meccanica*, e per alterazione del rene o *nefrogena*. Nel suo lavoro l'Autore intende occuparsi solo dell'albuminuria dipendente da disordini nelle condizioni meccaniche della circolazione renale.

Qui fa precedere alcune idee fisiologiche intorno la secrezione renale, e specialmente sull'influenza che le condizioni meccaniche della circolazione del rene esercitano sul compimento di questa funzione. Attenendosi, infra le diverse teorie, a quella di Ludwig, la secrezione dell'urina sarebbe un processo di filtrazione, che si opera nel gomitolo malpighiano sotto l'influenza della pressione idrostatica, cui è sottoposto il sangue in quel corpuscolo, a ciò influendo la grandezza maggiore del vaso afferente, la tortuosità dei capillari del gomitolo, la vasta loro superficie riducente la velocità circolatoria, il che crea un ostacolo al libero corso del sangue, e così (pel continuare la impulsione del cuore) viene aumentata la pressione. Le variazioni poi che notansi nello stato fisiologico nella quantità dell'urina segregata, sono in costante e diretto rapporto colle variazioni di pressione, che subisce il sangue dentro l'albero vascolare: nell'astinenza, la pressione del sangue diminuendo, scema pure la secrezione dell'urina, mentre a rovescio accade dopo bevuto, e così dunque restando immutato lo stato anatomico del rene e la composizione del sangue, la quantità dell'urina segregata in un dato tempo varia a seconda della pressione vascolare, cui è sottoposto il sangue nel rene. Qualunque siasi l'influenza del sistema nervoso, resta certo che la pressione, a cui è sottoposto il sangue nei vasi renali, è una delle più importanti, se non l'unica condizione, che dia luogo alla secrezione. Sia poi che l'albumina nelle condizioni normali passi attraverso le pareti dei vasi del rene, ma non si mostri però nell'urina, perchè riassorbita nel suo corso dalle cellule epiteliali, che tapezzano i tubuli uriniferi, come crede l'Autore, sia che essa non passi punto, come credono altri, resta fermo però che l'urina normale non contiene albumina, e la presenza di questa nell'urina costituisce solo un fenomeno patologico. Essendo poi fatto incontrastabile, che il passaggio di albumina nelle urine avviene sempre dietro aumento della pressione idrostatica nei vasi renali, ne viene che se quella sostanza manca nell'urina normale è perchè normalmente la pressione sanguigna del rene è al disotto di quella, che si può provocare sperimentalmente (od a cui può arrivare in istato patologico).

L'alterazione della pressione idrostatica può consistere o in una diminuzione o in un aumento; ma è troppo chiaro, e dimostrato anche sperimentalmente, che l'abbassamento della pressione arteriosa non induce passaggio d'albumina nelle urine, e quindi sarebbe l'alterazione di aumento che produrrebbe il passaggio anzidetto. Questa alterazione può essere, o di origine puramente meccanica (albuminuria meccanica), o è la cessata o esagerata influenza di un doppio ordine di nervi vascolari, che elevando la pressione idro-

Digitized by Google

statica del sangue renale cagiona l'albuminuria (albuminuria nervosa).

Per aumentare in modo meccanico la pressione sanguigna nei reni di un animale si può elevare la pressione generale, iniettando nell'albero vascolare dell'acqua o del sangue di altro animale, ma così può temersi un'alterazione del sangue. Meglio è impedire o difficoltare il deflusso del sangue proveniente dai reni, allacciando la vena renale o la cava inferiore, od anche legando l'aorta al disotto l'origine delle renali, o qualche gran tronco arterioso; così aumenta la pressione al disopra la legatura, e quindi anche nei reni. Colla legatura della vena renale si produce aumento di pressione nei vasi del rene, in quanto, continuando l'azione del cuore, l'arteria seguita ad apportare il sangue, e nella vena è difficoltato il passaggio e diminuita la velocità; le pareti vascolari possono rompersi, uscirne il sangue che si mesce all'urina (di cui è diminuita la secrezione), la quale diventa albuminosa. Ciò però, più che l'albuminuria, prova l'ematuria, e l'albumina è nell'urina in grazia del sangue; inoltre nell'operazione possono venir offesi i nervi vasomotori, che accompagnano l'arteria e la vena, e così resta il dubbio, che il fenomeno non potesse essere conseguenza della lesione nervosa. L'Autore quindi ha procurato di agir meglio e più sicuramente praticando invece in conigli e gatti la legatura della cava (al disopra delle vene renali), solo però restringendo il lume del vaso, e ciò fatto l'urina si presenta albuminosa e non sanguinolenta. Il passaggio dell'albumina nelle urine è in modo manifesto dipendente dalla difficoltà indotta nel circolo venoso del rene, giacchè difficoltando il corso del sangue nella cava inferiore si impedisce il vuotamento delle renali, onde iperemia venosa nel tessuto del rene, aumento della pressione intra-vascolare nei capillari dell'organo, filtramento dell'albumina dello siero sanguigno attraverso i vasi renali nel gomitolo malpighiano, notando come il fenomeno accada presto, per cui non si può pensare che siano alterati gli elementi istologici del rene. D'accordo a questa è l'albuminuria per legatura dell'uretere, per esercitare il secreto accumulato nei canaletti uriniferi una compressione *a latere* dei capillari che costeggiano quei canaletti, e quindi nasce difficoltà al corso del sangue pei capillari venosi del rene. — Così clinicamente si avrà il fenomeno nell'obliterazione più o meno completa della vena renale, nella degenerazione ateromatosa o amiloide dei vasi renali (in cui oltre il disordine circolatorio entran fors'anco le mutate condizioni delle pareti vasali o del filtro), nella trombosi della cava inferiore al disopra delle vene suddette, per compressione sulla stessa fatta dal fegato ipertrofizzato, da milza mobile, da tumori adiacenti, da versamenti addominali, e così nei disordini della circolazione sanguigna generale nelle malattie degli organi del respiro e del cuore. In queste si può avere aumento sì della pressione nella sezione venosa analogamente allo stato suddetto, sì della tensione arteriosa e quindi iperemia attiva: occupiamoci ora della prima. Le cause meccaniche che possono in modo diretto frapporre un ostacolo al libero corso del sangue sono: restringimenti degli orifici del cuore, rigidezza delle valvole, concrezioni sanguigne che diminuiscono la capacità del cuore e il lume degli orifici, l'idropericardio che comprime il cuore, e le affezioni polmonari che diminuiscono il territorio della piccola circolazione, elevando la pressione della cava inferiore specialmente (pneumonite, enfisema, bronchite, pleurite, tisi polmonare). Le insufficienze valvolari sono ostacoli *indiretti*, e in tutti questi casi si fa un accumulo di sangue nell'albero venoso, ed oltre le altre iperemie, avvi quella del rene, onde si ha il passaggio dell'albumina nelle urine, come accadono i versamenti idropici nelle altre parti. Il medesimo incontra pure allo scemare della potenza contrattile del cuore per miocardite, pericardite, endocardite, atrofia, degenerazione grassosa, dilatazione, onde hassi ristagno analogo all'insufficienza valvolare e stenosi degli orifici, e così è frequente l'albuminuria nell'agonia e nelle febbri d'infezione. Se poi la forza propulsiva del cuore ottunde gli effetti dell'ostacolo, o accadano altre congestioni, che attenuino o rendan nulla quella dei reni, la lesione è *compensata*, e l'albuminuria è transitoria. Riguardo alle affezioni polmonari, non essendo ben certo che concorra in esse a produrre l'albuminuria l'insufficiente ematosi, nè che si debba il fenomeno all'albumina dell'essudato riassorbitosi, sendo il fatto dell'albuminuria eccezionale, nè essendo ammissibile che il fenomeno sia dovuto alla mancanza di cloruri nel sangue, o all'eccesso d'acido carbonico ecc., mentre poi il carattere transitorio non istà per lesione materiale del rene, bisogna metterne le condizioni patogeniche nel disturbo idrostatico della circolazione renale, cagionato da quello del circolo polmonare. Ribatte l'obbiezione di taluno, che l'albuminuria mancar possa ove è *dispnea*, mentre appare in altri casi in cui tale fenomeno non esiste, e che non v'abbia rapporto costante fra estensione della lesione polmonare e la presenza dell'albumina nelle urine; giacchè riguardo al 1.° capo la diminuzione della superficie respiratoria non istà sempre in diretto e costante rapporto alla *dispnea*, e riguardo al 2.° l'Autore ha già toccato delle compensazioni, e quindi resta fermo in massima generale, che l'iperemia venosa renale determinata da qualsiasi delle suddette cagioni, che posson difficultare il deflusso venoso del sangue nel rene, è una potente condizione patogenica del passaggio dell'albumina del sangue nell'urina.

Riguardo all'iperemia attiva, come apportatrice

Digitized by Google

di aumento nella pressione arteriosa renale, esistono esperienze bensì, ma conclusioni contradditorie. L'Autore ha fatto esperienze su gatti e conigli, allacciando l'aorta alla Du Bois-Reymond, ed a ciò è susseguita l'urina albuminosa, ed anche sanguinolenta, e se, a voler pur credere ai risultati di altri sperimentatori, la legatura dell'aorta non sempre dà albuminuria, ciò si potrà riferire alla qualità e tempera dell'animale: onde si può concludere l'iperemia attiva renale assolutamente considerata, essere condizione patogenica dell'albuminuria. Accadrà quindi d'egual maniera il fenomeno nell'ipertrofia cardiaca pura, escludendo quella che è compagna a dilatazione del cuore (eccentrica) o a vizio degli orifici (compensatrice). Così la condizione patogenica dell'albuminuria della *gravidanza* sta nell'iperemia attiva renale, non tanto per compressione sui vasi renali o sulla cava, ma piuttosto provocata in parte dalla compressione dell'utero sull'aorta, onde aumenta la tensione arteriosa sopra il punto compresso, e quindi anche nei reni; e in parte dall'ipertrofia che subisce il cuore nello stato di gestazione, riconoscendo poi anche altre cause ausiliari, quale la repulsione della massa intestinale, che spinge in alto il diaframma e dà disturbo nel respiro e circolo. Non si può ammettere che si tratti di nefrite, o di alterazione del sangue, o di compressione sulla cava, e a prova di tutto questo giovi ricordare come di albumina se ne diano nell'urina solo tracce, come non ne nasca alterazione del rene, come il fenomeno non sia *costante*, e cessi dopo il parto, come l'albuminuria non si mostri che nella seconda metà della gravidanza, e manchi nei quadrupedi. Albuminuria per iperemia attiva è quella che incontra per obliterazione embolica di alcuni rami arteriosi, che si distribuiscono ai corpuscoli di Malpighi, o alla legatura di rami dell'arteria renale, in quanto il sangue si accalca per gli altri rami rimasti liberi quivi aumentando la pressione idrostatica: tale quella che si ha nelle febbri intermittenti, o piuttosto nella cachessia palustre, che si riduce a questo capo, cioè otturazione embolica dei capillari renali da masse pigmentarie; e quella dell'allacciatura od obliterazione dell'arteria renale: in tal caso il sangue può essere portato ai reni dalle capsulari medie, e nei gomitoli irrorati da quello è aumentata la pressione idrostatica. — Così dunque l'*iperemia* tanto passiva che attiva, che porti un aumento nella pressione idrostatica del sangue renale, se raggiunge il grado necessario, darà luogo alla produzione del fenomeno *albuminuria*.

Passando a dire della forma nervosa l'Autore dà cenni storici riguardanti l'albuminuria (e l'ematuria), che sussegue la sezione dei nervi renali e del midollo spinale, notando come nel primo caso si potesse pensare piuttosto ad alterazioni del circolo ed a lesioni dell'organo, e quindi la discordanza delle opinioni, e le conclusioni talora contradditorie. Premesse alcune nozioni anatomiche e fisiologiche, che debbon essere di guida, e distinti i nervi, come si suole, in sensitivi, trofici, vaso-motori, e secretori, mostra i primi riguardo all'albuminuria non avere influenza diretta, ma indiretta o mediata, determinando modificazioni nelle altre specie di nervi; i secondi è dubbio se esistano, ma l'influenza sulla nutrizione sarebbe esercitata in modo mediato dai nervi sensitivi e motori, e direttamente dai vaso-motori, e sarebbe proprietà piuttosto inerente a questi ultimi: come inammissibile è l'esistenza di nervi trofici, lo è quella di nervi secretori. Così dunque l'influenza nervosa della secrezione urinaria non potrà esercitarsi che o dai nervi sensitivi o dai nervi vaso-motori; i primi non possono agire che per azione mediata o reflessa, e tale azione (giacchè si sono esclusi gli altri) non può farsi sentire che sui nervi vascolari, e quindi l'Autore crede di doversi occupare degli effetti conseguenti alle alterazioni di questi ultimi, ed oltre i *costrittori* ammette con Schiff la classe dei nervi *dilatatori*. Vanno distinte due specie d'iperemie corrispondenti alle due specie di nervi vascolari, una formata dalla paralisi dei nervi costrittori, quindi *passiva* o *paralitica*, l'altra, che accade per azione dei dilatatori, è *attiva* o *irritativa*. Ha studiato gli effetti della paralisi dei nervi costrittori o *iperemia neuro-paralitica passiva* sperimentalmente su conigli distruggendo i nervi, che sono addossati ai vasi renali, con uno stecchino intriso in ammoniaca; ma così avendosi ematuria, gli sperimenti riescono inconcludenti; onde ha poi ricorso all'incisione del midollo spinale in gatti a livello delle ultime vertebre dorsali o prima lombare, e l'urina s'è mostrata albuminosa. Tale taglio non può agire sui reni e produrre l'albuminuria che mediante i nervi (ed è lo stesso che se si tagliassero i nervi renali), che agiscono sui vasi, in quanto l'albumina filtra attraverso i vasi renali, cioè per l'intermezzo dei nervi vaso-motori. Quindi dilatazione dei vasi per mancanza d'azione o paralisi dei nervi costrittori, aumento di sangue o iperemia paralitica o passiva, aumento della pressione idrostatica e trassudamento dell'albumina del sangue nell'urina, e così la paralisi vaso-motrice renale è causa indiretta dell'albuminuria per l'iperemia passiva, come la porta la legatura incompleta della cava inferiore. — Gli esperimenti poi che riguardano l'iperemia *attiva nervosa* o *irritativa*, dovuta all'azione dei nervi dilatatori, li ha fatti irritando con ansa di filo le radici posteriori di due nervi dorsali (11°, 12°) e si ebbe albumina nelle urine. In tali casi invece di ritenere si trattasse di paralisi, è più giusto e ragionevole ammettere l'azione dei dilatatori, mentre tali nervi esistono come ha dimostrato Schiff, che ha già provato che all'irritazione dei nervi dilatatori succede nel sistema va-

Digitized by Google

scolare aumento di pressione, che può produrre trassudamento di albumina attraverso le pareti vascolari dei reni, quindi l'albuminuria si riferisce ad iperemia attiva dei vasi renali per irritazione dei nervi dilatanti, e non ad iperemia neuro-paralitica. Esempi di albuminuria, che producesi per disturbo dell' innervazione renale, è quella dell'eclampsia, dello stadio algido delle febbri intermittenti, quella da raffreddamenti cutanei, al coprire la pelle di intonaco impermeabile, in casi di neuralgia facciale e meningite cerebro-spinale, di mielite acuta e paralisi generale (1). Il carattere transitorio e la necroscopia fanno escludere una lesione materiale del rene, e messo in rapporto alla malattia a cui si accompagna il fenomeno, è a invocarne a condizione patogenica il disturbo nell' innervazione vaso-motrice del rene, rappresentato in un caso da paralisi dei costrittori, e nell'altro da una prevalente esagerata azione dei nervi vascolari dilatanti (2).

L. CORAZZA.

---

(1) È morto pochi di fa nella sezione del Prof. Brugnoli un infermo affetto da paraplegia, paralisi di vescica e del retto, e vasta piaga di decubito al sacro: nelle urine si riscontrava una certa qualità d'albumina. Alla sezione: mielomalacia della parte inferiore del midollo spinale (da mielite acuta primitiva?); nei reni nessuna apprezzabile alterazione.

(2) A questo vedesi come concordino la idee del Professor Brugnoli, che nel 1862 pubblicava già una memoria: *Dell'uso della noce vomica nel vomito nervoso, nella tosse periodica, nell'ipocondriasi, ed in altre neurosi della vita organica* (Bullett. delle Scienze med. di Bologna: Ser. 4.ª Vol. 17), in cui conclude «La noce vomica gioverà soltanto in quei casi, dove il movente della secrezione albuminosa sia una neurosi cerebro-spinale-ganglionare, e dove la degenerazione del rene non abbia passati certi confini. L. C.

Ehrle. — *Una innovazione nella parte tecnica della termometria.* — Berlin. klin. Wochnschr. N. 9, 1869.

Il Dott. Ehrle essendosi molto occupato delle osservazioni della temperatura al letto del malato, mentre era assistente del Prof. Niemeyer, concepì fin da allora il pensiero, che il termometro a *massima* dovrebbe riuscire molto utile per la termometria medica.

Questo istrumento, secondo esso, presenta i seguenti vantaggi sul termometro ordinario:

1) Ovvia alle oscillazioni, a cui è soggetto il termometro più sensibile anche nelle esplorazioni di lunga durata.

2) Viene evitata ogni manovra per leggere l'altezza della temperatura, mentre l'istrumento trovasi in posto, potendosi questa riscontrare con comodo ed esattezza dopo tolto l'istrumento dal corpo del malato.

3) Se il medico non fa da sè la determinazione della temperatura, deve solo procurare che il malato o l'infermiere metta bene in posto l'istrumento, mentre il risultato della misura vien letto a suo comodo dal medico nell' ora della visita.

4) Quando il medico non può fare la visita, gli può esser portato il termometro a *massima* a casa sua, perchè legga il risultato dell' esplorazione che è stata fatta.

5) Se il medico nella sua visita giornaliera fa da sè una misura della temperatura, e legge il risultato di una altra misura fatta in ora determinata dall' infermiere, a cui ha date esatte istruzioni, allora con una visita ottiene il risultato di due esplorazioni della temperatura.

In sostanza un medico pratico molto occupato può esser in grado di studiare il corso della temperatura in un malato, con poca perdita di tempo e assai più esattamente che col termometro ordinario.

Guidato da questi vantaggi, Ehrle si diede a ricercare un sistema di termometro a massima adattato per le osservazioni mediche, che cioè fosse assai sensibile, ma non complicato: non avendone trovato alcuno adatto allo scopo, si rivolse insieme col signor Riderkorn al costruttore Alverguiat di Parigi, dalle cui mani uscì nel Gennaio dell' anno scorso un termometro a massima, che soddisfaceva alle condizioni richieste.

Il termometro è a mercurio, molto sensibile e molto ben calibrato. — Esso consiste in un tubo capillare, ed in un serbatoio dell'altezza di 2 centimetri, il tutto in vetro ben solido: l'intera lunghezza ne è di 26 centim. La scala, segnata sul vetro stesso, è lunga 8 centim., e comprende dal 33° al 43° C.; le linee, che indicano i decimi di grado, stanno a sufficiente distanza tra loro; la parte posteriore del tubo è smaltata per poter meglio discernere la sottilissima colonna di mercurio; mercè una piccola bolla di aria dalla colonna principale ne viene separata una più piccola dell' altezza di 2 centim. Questa piccola colonna salisce spinta dalla colonna principale, quando si misura un'alta temperatura, ma quando ha terminato di ascendere, rimane dove si trova, a motivo dell' aderenza capillare, e così serve da indice per far conoscere il massimo della temperatura, che si è avuta nel tempo dell' esplorazione. Per ridurre l' indice all' ordinario livello, bastano alcune scosse, che si diano coll' istromento contro il cavo della mano ricoperta da un pezzo di panno.

Il tubo capillare deve essere nè troppo fino nè troppo ampio, perchè nel primo caso si rende difficile di far ritornare l' indice a posto, e di leggere il risultato della misura, e nel secondo l'indice acquista troppa mobilità, in modo da poter

Digitized by Google

dar luogo ad errori, ed inoltre molto facilmente può dividersi la bolla di aria, e così rendere inservibile l'istrumento.

Nella pratica privata si mette il termometro nel cavo ascellare, e dopo averlo tenuto in posto 8 a 10 minuti, si può estrarre senza molestare o denudare l'infermo, e andare a leggere il risultato in luce conveniente e con tutta comodità.

Negli ammalati irrequieti può esser presa la temperatura anche interrottamente, senza scapitarci in esattezza.

L'estrema sensibilità di questo termometro, basata sulla capacità e sulla forma del serbatoio, permette un corrispondente abbreviamento del tempo della misura; esso, per l'esattezza dei risultati e per la facilità di adoprarlo, può essere impiegato utilmente, anche per le osservazioni meteorologiche e per le indagini fisiologiche.

Il Prof. Reusch di Tübingen esaminò questo istrumento sotto l'aspetto fisico, e lo trovò molto sensibile, esatto ed indipendente dalla direzione in cui si mette, e dalle piccole scosse che può ricevere.

Ehrle conchiude riportando, a proposito del suo termometro, il seguente giudizio, che gliene ha dato Wunderlich, la prima autorità che si abbia su tale argomento:

« Il suo termometro è un istrumento molto bene lavorato, e preferibile al termometro ordinario, essendo adattato a molti intenti della termometria medica. Però al certo le riparazioni ne saranno molto difficili, e il prezzo ne sarà più elevato, ciò che anche è di non poco peso. Come il termometro ordinario, anche questo deve esser comparato con un termometro *normale* prima di comperarlo, e parimenti ogni mezz'anno è necessario rinnovare questo confronto, per giudicare della stabilità dell'istromento.

Tutte queste difficoltà non diminuiscono però l'utilità e l'usabilità del suo istromento. Solo è probabile, che il termometro ordinario non verrà scacciato da esso. Circa su 10 termometri comuni si terrà un termometro a massima, e questo si porrà in uso dove non si possa intraprendere la termometria da sè stessi, e dove ad altri debbasi affidare la cura di applicare l'istrumento, riserbandosi però quella di leggerlo. Del tutto preferibile ed insurrogabile sarà il suo termometro, quando si tratti di sapere il massimo della temperatura, senza riguardo al tempo preciso in cui è sopravvenuto; ovvero quando si vuole sapere se la temperatura, dopo un acme rinvenuto nel presunto tempo dell'esacerbazione, segue ad aumentare ancora più tardi. »

Gozzini. — *La elettro-terapia nella paralisi del nervo oculo-motorio.* — Gazz. Med. Lombar. N. 4, 13, 30, 1868.

L'autore ha fatti parecchi tentativi per adoperare la elettricità nell'occhio, la quale, come è noto, ha l'inconveniente di esercitare una eccitazione sulla retina. Quale mezzo non pericoloso per la faradizzazione dei muscoli dell'occhio gli è risultata la corrente della seconda elica di un apparecchio di induzione. La corrente viene direttamente condotta sui singoli muscoli dell'occhio mediante un fino pennello di vaio, nel centro del quale termina un filo d'argento della grossezza di un millimetro, ben isolato con seta, arrestandosi precisamente alla base dei peli. L'intero pennello è lungo 10 centim., dei quali 2 spettano ai peli. Esso viene posto fra bulbo e palpebra nella direzione dei muscoli paralizzati, ed eventualmente viene condotto pian piano tutto all'intorno del bulbo. Ogni seduta dura da 1-4 minuti; esigendosi 20 secondi per la faradizzazione di ognuno dei muscoli in particolare. L'altro polo, armato di una spugna inumidita, viene collocato nella nuca, oppure sul foro sopraorbitale, nel qual punto la corrente agisce più vigorosamente. L'autore per solito adoperò una pila di Bunsen col polo zinco di 10 centim. di altezza e 5 di larghezza, coll'acido solforico nella proporzione di 1: 10 coll'acqua, e col cilindro di carbone ripieno di acido nitrico del commercio. Nell'apparecchio è intercalato un cilindro di vetro pieno di acqua, onde poter dare alla corrente il necessario minimo di forza. Questo minimo è raggiunto, quando la corrente è appena sentita alla punta della lingua.

Ecco alcune osservazioni cliniche, per le quali viene dimostrata la utilità del metodo dal Gozzini preconizzato.

Osserv. 1.ª — *Paralisi del terzo, quarto e sesto paio del lato destro.*

Benichi Raffaello, di anni 41, facendo una gita in campagna sudò molto, e fece prova più volte di fissare il sole. Dopo avere provati nel giorno seguente e per alcun tempo dolori al sopracciglio e tempia destra, s'avvide che la palpebra superiore destra era rimasta chiusa. Il Prof. Magni, che fu consultato dall'infermo, lo indirizzò al Dott. Gozzini, perchè tentasse la elettricità. Non fu che alla 16.ª seduta che il margine palpebrale cominciò ad elevarsi, facendo travedere il segmento inferiore dalla cornea. Le sedute furono in tutto 64, nel corso delle quali il miglioramento fu sempre progrediente sia per riguardo al sollevarsi della palpebra che ai movimenti del bulbo oculare, i quali però, benchè si appalesassero tutti, erano un poco minori che dal lato sano, e la escursione del bulbo all'interno più notevole che all'esterno. La diplopia poteva dirsi cessata.

Digitized by Google

Osserv. 2.ª — *Paralisi completa del terzo paio destro.*

Caterina Fallai sorpresa camin facendo da un uragano, restò per assai tempo oltremodo bagnata. Nella notte ebbe smania e febbre, ed al mattino appresso s'accorse, che non poteva aprire l'occhio destro. Esplorata dal Gozzini, esso trova la palpebra superiore destra chiusa, l'occhio immobile, girato in fuori ed in basso con alquanto di sporgenza dall'orbita, pupilla dilatata, congiuntiva iniettata, vedendo doppio se guarda con ambo gli occhi. Assoggettata alla elettricità, essa pure va di mano in mano migliorando, sicchè nella 30.ª seduta la palpebra può elevarsi più di due terzi, i movimenti del bulbo si fanno tutti, però meno estesi che dal lato sano, e sempre con prevalenza di quelli in fuori ed in basso: scemata è le diplopia, ma continua guardando in alto ed in dentro, e le due immagini sono molto ravvicinate. Dopo 47 giorni vuole ritornare a casa propria, molto più migliorata, e seppesi poi più tardi che stava bene.

Osserv. 3.ª — *Paralisi dell'elevatore della palpebra sinistra superiore, complicata da prosoplegia dello stesso lato.*

Il S. Moro, d'anni 55, in seguito dell'esposizione colla metà sinistra della faccia a corrente d'aria fredda in un vagone, nella mattina seguente oltre i fenomeni di una prosoplegia sinistra, s'accorse anche di non potere aprire l'occhio corrispondente; però sollevata la palpebra colle dita, l'occhio vede bene, e si muove in ogni senso; non diplopia, e solo la congiuntiva è più iniettata che dal lato sano. Fu assoggettato dal Gozzini alla corrente elettrica col suo metodo, ed alla 10.ª seduta la prosoplegia era quasi guarita; alla 23.ª la paralisi palpebrale migliorò di molto, e dopo due mesi e mezzo guarì.

Osserv. 4.ª — *Paralisi dell'oculo-motore comune sinistro, tranne il ramo dell'elevatore.*

Enrico Galli d'anni 34, dopo un viaggio di notte s'accorse di vedere gli oggetti doppî; però i movimenti palpebrali erano secondo la norma; l'occhio è sporgente, tirato in fuori ed in basso; foro pupillare alquanto dilatato, congiuntiva iniettata. Alla 47.ª seduta, che fu l'ultima, la posizione apparente dell'occhio era normale, e più tardi guarì ancora della diplopia.

Osserv. 5.° — *Paralisi dell'oculo-motore comune sinistro.*

La signora M. C. d'anni 32, fu spedita dal Professor Magni al Gozzini, perchè ammalata di paralisi dell'oculo-motore comune, e dietro l'uso della corrente elettrica col suo metodo, dopo la 31.ª seduta, non restavale che leggerissima deviazione del muscolo retto interno, e lieve diplopia ad oggetti molto ravvicinati.

Busch. — *Un caso di temperatura iperpiretica, ed un caso di esito febbrile del carcinoma.* — Dalla clinica di Langenbeck. (Berlin. klin. Woch. 1869, N. 10).

Nel 22 Giugno 1868 fu eseguita l'amputazione della mammella destra, in causa di un carcinoma originatosi in essa già da un anno, nella persona di Guglielmina Schirner dell'età di 42 anni, di complessione robusta, e che per lo innanzi era stata sempre sana. I margini della ferita furono riuniti con sutura, e nell'angolo esterno di essa fu lasciato libero lo scolo alle secrezioni. Da principio la guarigione fece buoni progressi, più tardi però si disgiunsero i margini della cute, per cui si formò una superficie con granulazioni recenti, estesa alcuni centimetri. In seguito si stabilì febbre moderata, senza fenomeni che provocassero alcuna apprensione.

Nel 12 Luglio circa alle 7 del mattino l'infermiera osservò, che la malata aveva una speciale fisonomia irrigidita, e poco appresso sopravvennero movimenti convulsivi del capo. Il Dott. Busch, che fu subito chiamato, trovò l'inferma, che giaceva senza coscienza, con gli occhi semi-chiusi, la congiuntiva del tutto insensibile, la faccia cianotica, la respirazione russante. All'apprezzamento della mano si notava una straordinaria altezza della temperatura cutanea, ed il termometro posto nel cavo ascellare, attentamente asciugato, ascese in breve tempo a 43,6° C., e quindi rimase immutato per circa mezz'ora nella medesima altezza. Un senapismo, posto sul petto, non produsse alcun effetto, e nemmeno valsero a far ritornare la coscienza le docciature fredde nel bagno caldo. Dopo il bagno fu attentamente asciugato il corpo, e rimesso il termometro nel cavo ascellare, s'inalzò sino a 42,55°: rimase per lungo tempo a tale altezza, e con questa temperatura la malata morì circa le 8 e 40 minuti. Due minuti e mezzo dopo la morte il termometro segnava 42,65, quindi cominciò a discendere gradatamente, ed un ora e mezza dopo arrivò a 42,3.

La sezione praticata dal Dott. Busch 30 ore dopo la morte, diede i seguenti risultati: milza leggermente ingrossata; ambedue i reni inspessiti ed attraversati da piccoli focolai opachi, e la superficie di essi, dopo il distacco della capsula, squisitamente granulare; nel fegato parecchi noduli carcinomatosi metastatici; ambedue i polmoni alquanto edematosi, e la pleura polmonare con parecchi noduli carcinomatosi di grandezza miliarica. — L'involucro del cranio è notevolmente spesso, e formato quasi esclusivamente di sostanza compatta; il seno longitudinale molto anemico, del resto i vasi della pia madre e del cervello contengono quantità normale di sangue. Numerosi tagli praticati sulla base e sulla sostanza del cervello non lasciano riconoscere alcunchè di

Digitized by Google

abnorme. Nei grandi gangli cerebrali del lato destro, come anche in ambedue i lati del cervelletto si trovano alcuni punti di un verdognolo-scolorito, alquanto più grandi di un pisello. Il ponte e la midolla allungata sono normali.

Nel presente caso la temperatura si è avvicinata alle più alte, che fin qui siansi osservate.

Il Dott. Busch dice che l'osservazione di essa temperatura può ben pretendere all'esattezza, perchè la misura fu presa da lui con tutte le precauzioni possibili, e con un buon termometro, costruito da Geissler, diviso in decimi di grado. Il termometro era allora in uso da circa 3 settimane, e la correzione fatta di esso nel Gennaio 1869 dal Sig. Geissler dimostrò, che in ultimo la colonna di mercurio segnava due decimi di grado in più. Quand'anche, il che è molto inverosimile, quest'errore fosse esistito in tutta la sua estensione al tempo della misura, pure la temperatura osservata sarebbe sempre straordinariamente alta.

Quest'elevata temperatura si è avuta nello stadio detto da Wunderlich di *proagonia*, e rimane solo di notevole, che la presente malattia non ha alcunchè di comune con le altre malattie in cui ciò suole avvenire, specialmente con le nevrosi. — Anche un'altra circostanza, su cui Wunderlich chiama l'attenzione, si riscontrò in questo caso, cioè la temperatura straordinariamente elevata dell'aria esterna.

Il secondo caso riferito da Busch, cioè di carcinoma con esito febbrile, è il seguente:

Nel 22 Novembre 1868 fu ricevuto nella clinica il signor A. K. di 44 anni, con carcinoma della lingua. Il signor K. aveva allora fatta la cura caustica di Dittmann, ed in seguito di essa era molto scaduto: fu quindi sul principio temporeggiata l'estirpazione del tumore, che verosimilmente era ancora operabile, e giacchè presentavasi la possibilità, che facilmente si avesse a trattare con un nodulo di sifilide terziaria esulcerato, fu amministrato internamente il ioduro di potassio.

Nel 27 Novembre il malato si lagnava di dolore al lato destro del collo, e nell'esame si potette scorgere, che in questo punto si era originato un tumore inflammatorio formato da parecchie glandole linfatiche. Il tumore accrescevasi in modo acuto, e nel seguente giorno si era formato un tumore molle e rosso, che offriva un estesa pulsazione, che si estendeva dal margine inferiore della mascella sino al margine superiore della clavicola, e che si avrebbe potuto ritenere per un aneurisma della carotide. La temperatura in tale epoca oscillava fra 39,5° e 40,5°. Nel 3 Dicembre si ebbe per la prima volta una fluttuazione dubbia nella regione infra-mascellare, ed in seguito di ciò il professor Langenbeck vi praticò un'incisione: per altro non si trovò alcun grande ascesso, ma tutto il tessuto era infiltrato diffusamente da pus, che sotto la pressione fluiva dalla ferita in scarsa quantità. Contemporaneamente ne uscivano però parecchie glandole necrotizzate, della grandezza di una fava, le quali sotto al microscopio mostravano la struttura di uno squisito carcinoma epiteliale. Nel giorno appresso al tumore decrebbe considerevolmente, le pulsazioni vi cessarono affatto, e dalla ferita insieme ad alquanto pus uscivano ancora parecchi pezzi di glandole linfatiche. La febbre però diminuiva di poco, e nella sera in media raggiungeva i 40°. Dietro ciò le forze si prostravano sempre di più, e sopravvenne una paralisi del braccio destro.

Nel 7 Dicembre si ebbe emissione involontaria di orine e di feci, e nell'8 Dicembre sopravvenne la morte sotto fenomeni di collapsus, che gradatamente si aumentarono. — La sezione non fu permessa.

L'esito febbrile del carcinoma è un caso osservato raramente, ed esso il più delle volte coincide con una diffusione acuta del tumore. Nel presente caso poteva facilmente mettersi in dubbio, che il flemmone diffuso del collo fosse in nesso etiologico con il carcinoma della lingua; si poteva credere cioè, che fosse sopravvenuto in un carcinomatoso, come può anche avvenire in un uomo del resto sano, e che esso avesse prodotta la morte. Però contro ciò parlava il fatto, che tale flemmone quasi mai si origina senza cagioni dimostrabili, come p. es. ferite, violento raffreddamento, infezione septica ecc., che qui potevano escludersi assolutamente; inoltre, che il flemmone era da un lato, e da quel medesimo in cui trovavasi il carcinoma della lingua; e finalmente, che erano state emesse dalla ferita, fatta con l'incisione, glandole linfatiche carcinomatose e necrotizzate. Ciò crede Busch che possa bastare per far ritenere questo flemmone come carcinomatoso, e quindi come un'inflammazione dei vasi linfatici, la quale è stata parimenti occasionata da un acuta diffusione del carcinoma, che si è effettuata per la via che percorre la linfa.

Tansini. — *Tumore canceroso curato e guarito col succo gastrico del cane.* — Gazz. Med. Lomb. 29 Febbraio 1869.

C. C. d'anni 52, macilente, di cattivo colore, entrata nello spedale il 13 Gennaio 1869 con un tumore alla regione temporale sinistra, grosso come un uovo di tacchino, e fisso, che aveva cominciato nella primavera del 1864. Nell'autunno scorso esso prese a crescere con maggiore rapidità, e a recarle molestia per frequenti trafitture, quindi si ulcerò alla sua faccia esterna, dando sangue al minimo tocco, e talvolta abbondanti emorragie. Al momento attuale esistevano sotto il tumore, e

Digitized by Google

precisamente davanti all'orecchio dello stesso lato ed all'angolo della mascella, due glandule degenerate, dure, e della grandezza di una fava. Dietro consiglio del Prof. Lussana, che un giorno trovavasi presente alla visita, l'autore si decise di tentare la distruzione del tumore mediante l'applicazione del succo gastrico del cane. Al 12 Febbraio fece una prima applicazione su tutta la superficie ulcerata, servendosi di un pennello di filaccie; la paziente accusò un leggiero ardore, e si ebbe emorragia. Il 14 detto seconda applicazione. Il 16 l'applicazione del succo gastrico fu fatta, circondando previamente l'ulcere di un orlo di striscie di cerotto disposte a modo di argine, e col versarvi tanto di liquido da coprire tutta l'ulcera, lasciando così l'inferma fino alla scomparsa del succo gastrico, che verificavasi dopo poco più di ¼ d'ora. Al 17 estesa risipola a tutto il lato sinistro della faccia, con febbre. Al 21 quarta applicazione: la glandola al davanti dell'orecchio è pressochè scomparsa, e quella all'angolo della mascella convertita in un piccolo ascesso, che viene poscia aperto; il tumore è ridotto a quasi la metà, e si consuma di giorno in giorno. Il 1.° Marzo si trovò il tumore convertito in una piaga piana, con belle granulazioni; l'una glandula scomparsa, e l'altra distrutta. Il 19 Marzo cicatrizzazione completa della piaga.

Binz. — *Differenza quantitativa dell'assorbimento degli alcaloidi del thé e del caffè.* — Berlin. klin. Wochenschrift. N. 9, 1869.

Se 1-2 ore dopo l'uso di un caffè relativamente debole, si aggiunge nell'orina acido solforico in rapporto determinato e soluzione acquosa concentrata di iodio o di ioduro di potassio, si ottiene il precipitato caratteristico della caffeina; se si fa lo stesso dopo preso un forte infuso di thè, non si ottiene alcun precipitato, ma solo una colorazione di iodio più o meno oscura. — Ciò è stato dimostrato con ripetuti saggi corrispondenti su molte orine. — La caffeina e la theina, come ora si sa, sono identiche; il thè, secondo le analisi fatte fin qui, contiene una grande quantità di alcaloide, e questa grande quantità passa nell'infuso, che si fa coi metodi ordinari, poichè questo dà sempre la menzionata reazione più pronunciatamente del caffè. Deve quindi esistere un altro corpo, che nell'un caso impedisca e nell'altro favorisca il passaggio dell'alcaloide nell'urina. Il Prof. Binz crede che possa derivare dalla maggior quantità di tannino che esiste nel thè, e ciò ha confermato con esperimenti comparativi istituiti su sè medesimo, e su di un suo collega; avrebbe cioè dimostrato, che la presenza di una grande quantità di tannino vieta alla theina di passare nell'orina. — Da ciò ne discende, che è perfettamente indicato di amministrare grandi dosi di tannino negli avvelenamenti prodotti dagli alcaloidi e che la conosciuta azione fisiologica del thè è indipendente dalla quantità di theina che contiene, giacchè di questo corpo ne viene assorbita una quantità solo insignificante.

Kristeller. — *Ritenzione di feci in un neonato.* (Mon-Schr. f. Geburtsk). Schmidt's Jahrbücher N. 11, 1868.

L'autore chiamato per un fanciullo miserabile, trovò che da 3 giorni dacchè era nato, non aveva emesso meconio; poppava solo debolmente, piagnucolava molto, e vomitava masse fetenti e colorite. Il ventre era gonfio, l'ano permeabile. L'autore potè penetrare in alto per 5 centim. colla punta di un irrigatore: i clisteri rigurgitarono, nè estrassero meconio. Introducendo per 10 centim. una sonda elastica, uscì una massa di muco gelatinoso, scolorito. Con un catetere elastico da uomo si riuscì a penetrare 19 centim., e ad iniettare del liquido: sortirono soltanto dei gas intestinali, e muco gelatinoso e scolorito. Nel frattanto avendo amministrato ancora del calomelano, 3 giorni e 16 ore dopo il parto, sortì molto meconio; tuttavia dodici ore più tardi successe la morte.

Alla *sezione* gli intestini tenui ed il colon ascendente si trovarono dilatati a modo di salcicciotto, e riempiti di meconio; il fegato tumefatto, indurito, del color di noce moscata; il colon trasverso e discendente molto strettamente contratti e vuoti. Per conseguenza la pressione del fegato tumefatto ed ingrandito sulla flessura del colon ascendente impediva il passaggio del meconio nel trasverso. Nessun segno di sifilide. Altri due bambini nati dagli stessi parenti erano periti sotto i medesimi fenomeni.

Per mancanza di spazio non abbiamo potuto pubblicare una memoria già consegnataci dal Prof. Pietro Loreta, incaricato dell'insegnamento clinico chirurgico in questa Università, su di un nuovo cistotomo da esso inventato, per compiere con maggiore sicurezza l'operazione della cistotomia. — In questi ultimi giorni è già stato adoperato con pieno successo questo nuovo strumento sopra un malato di pietra degente nella Clinica.

La Redazione.

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 5. BOLOGNA 31 Maggio 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Lipodermoide congenito con difetto di sviluppo dell' occhio

PER

N. MANFREDI

Assistente alla Clinica Oculistica della R. Università di Pavia.

(Dal Laboratorio di Patologia Sperimentale.)

Sebbene siano conosciuti nella nostra scienza tanto il Dermoide quanto il Lipoma del bulbo oculare, tuttavia non risultandomi esistere fra i casi della nostra letteratura (1) neppure un caso analogo al presente, sia per l'estensione della neoformazione congenita che per la simultanea combinazione delle due accennate, credo non inutile il farlo di pubblica ragione.

Oldani Giovanna, ragazzina di anni 5, di S. Colombano, di sano e robusto aspetto, viene il 1.° di Giugno 1868 affidata alla Clinica per essere liberata dalla deformità, ch'essa porta all'occhio sinistro.

Dal rapporto dei suoi genitori risulta, che la ragazzina venne alla luce a termine e ben sviluppata, che però fin da quell'epoca fra le palpebre ed in mezzo alla cavità orbitaria normalmente sviluppate dell'occhio sinistro non si mostrò che un globicino, una vescichetta di volume minore di un pisello, dotata di movimenti leggeri ma isocroni con quelli dell'occhio destro, che è sano; infine che questo embrionale globo oculare andò leggermente aumentando di volume, e che con questo aumento andarono facendosi più marcati i suoi movimenti. — Si constatò che tre anni fa, cioè in Giugno 1865, era già stata presentata in Clinica, e dalla nota d'allora, ch'io trovo nel registro dell'Ambulatorio, sul tumore, che è tuttora causa di questa deformità, havvi quanto basta per verificare il progressivo incremento di esso, in rapporto collo sviluppo generale della persona e dell'organo che sostituisce ed invade.

La deformità in questione si appalesa a prima vista pel colore bianco pagliarino di un corpo, che per la ubicazione, il volume, la forma, pel libero e normale movimento, che permette alle palpebre che lo comprendono, e pei suoi movimenti isocroni con quelli dell'occhio destro, si giudicherebbe il bulbo oculare sinistro. — Osservato però diligentemente, sottilissimi peli corti e scolorati si presentano nuotanti alla superficie esterna umettata di esso, specialmente verso il centro, nel dominio ordinario della cornea.

Inoltre il colore giallognolo spiegato nel centro va sfumando e facendosi bianco scleroticale verso il cul di sacco congiuntivale, per continuarsi da questo punto, riflessa sulle palpebre rispettive, una vera congiuntiva normale di roseo aspetto.

Relativamente alla consistenza, si trova il tumore oculare molliccio, pastoso verso il centro, mentre invece scema la pastosità alla periferia; verso l'equatore presenta una resistenza ed elasticità analoghe a quelle di un bulbo sano.

Al quadro accennato il Prof. Quaglino fa diagnosi di *dermolipoma del bulbo* con difetto di sviluppo del medesimo, e nell'intento di ottenere un monconcino utile ad una efficace protesi oculare, tanto più trattandosi di una ragazza, si determina ad escidere il tumore, anzichè ad una intiera ablazione di esso col bulbo sottostante. Egli, fatte mantenere divaricate le palpebre, compie quest'atto operativo, afferrando con una pinza a denti di sorcio, tenuta nella mano sinistra, il centro del tumore, e tirandolo in avanti, mentre colla destra armata di robusta forbice ne distacca ben addietro la base.

Per questo taglio fu messo allo scoperto, come incastonato in mezzo ad un tessuto giallo adiposo, un piccolo bulbo del volume di un occhio di cavia; da cui per lesione della parete anteriore nel taglio, avvenne l'uscita di una gocciola di vitreo, e di lembetti di pigmento nero.

Mercè semplici medicature giornaliere con filaticcio asciutto potè la ragazzina 15 giorni dopo l'operazione lasciare la Clinica, con un occhio

(1) Virchow's Archiv für Patholog. Anat. 1854 T. VI. 555.

Graefe. Archiv für Ophthalmologie. Siebenter Band, Abth. II. 1860, pag. 3.

» Archiv für Ophthalmologie. Zehnter Band, Abth. I. 1864, pag. 214.

» Archiv für Ophthalmologie. Zwölfter Band, Abth. II. 1866, pag. 226.

Storia anat.-clinica di un tumore sclerotico-corneale congenito, pei dottori Lainati e Visconti. — Ann. Univ. di Medic. Novembre 1866.

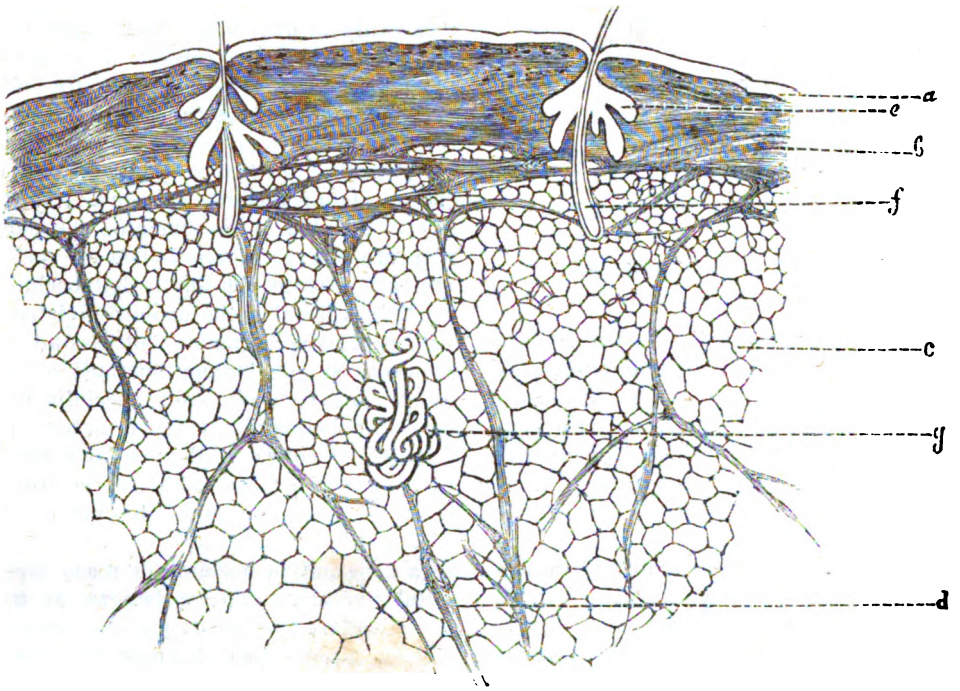
Digitized by Google

artificiale sì addatto e mobile da correggere completamente la deformità primitiva.

La parte così escisa, del volume e della forma di mezza nocciuola, venne tenuta immersa per alcuni giorni nel liquido di Müller e successivamente nell' alcoole, per ottenerne l' induramento necessario al suo studio istologico.

Sottili sezioni verticali fatte nel mezzo del tumore ne danno l' altezza, massima al centro, di un centimetro, e lo dimostrano composto di due strati, che ne rivestono la superficie anteriore od esterna, di una massa che ne forma il corpo, e d' un corto strato che ne costituisce la base.

La figura annessa rappresenta schematicamente una sezione verticale della parte superiore del *lipodermoide*, osservata coll' obbiet. N. 4, oc. N. 3 Hartnack. Disegno del Sig. Forlanini studente del 5.° anno di Medicina.



Spiegazione della Figura (schematica).

a Strato epidermico.
b Strato dermico.
c Massa adiposa.
d Sepimenti che vanno a riunirsi nello strato profondo.
e Ghiandola sebacea.
f Follicolo pilifero.
g Ghiandola a gomitolo.

Dei due strati periferici, che coprono anteriormente il tumore, il più esterno (Lett. *a*), quello cioè che ne forma la superficie libera, misura uno spessore di 0,^{mm} 10, e risulta di un piano superficiale di larghe cellule appiattite verticalmente, poligone, disposte su di un regolare mosaico a più serie di cellule rotonde, a nucleo distintissimo, facientisi più piccole, più fitte e verticalmente ovoidee sul limite interno dello strato.

Il secondo strato (Lett. *b*) più interno, nettamente e regolarmente distinto dal primo, risulta di grossi fasci decorrenti nel senso della superficie, leggermente ondulati, e talmente avvicinati da formare uno strato compatto regolare ed uniforme, vascolarizzato come il derma, dello spessore di 0,^{mm} 90. Al limite interno di questo strato si mostrano delle smagliature occupate o da adipe o da ghiandole; inoltre da queste smagliature qua e là partono ramificazioni dirigentisi in basso e suddividentisi nel tessuto costituente il corpo del tumore.

Questo risulta di grosse cellule adipose del diametro medio di 0,08, sostenute dal telaio di ramificazioni e sepimenti di connettivo fibroso, che partendo dal secondo strato summentovato discendono convergendo e riunendosi in grossi fasci a costituire lo strato sottoposto, che limita all' interno la neoformazione.

Digitized by Google

Quest' ultimo strato dall'anzidetto appare risultante dalla riunione dei sepimenti emanati dal secondo periferico e diramantisi nella massa adiposa, e mostra una struttura affatto analoga a quello. — Esso presenta uno spessore medio di 1 ^{mm}, e porta al suo limite interno o profondo traccie evidenti di pigmento, e probabilmente perciò costituiva la parete anteriore del piccolo bulbo stata compresa nel taglio del tumore. — Quindi si comprende come questo strato sia molto corto in paragone degli altri periferici, dei quali forma la base; e si comprende anche la disposizione arboreggiata centrifuga dei grandi sepimenti, che in questo hanno radice, e che attraverso alla massa adiposa vanno ramificati a raggiungere la periferia, molto più estesa in superficie.

Mi rimane ancora a dire di altri elementi, che presenta il tumore, che sono le ghiandole ed i peli.

Due qualità distinte di ghiandole offre il tumore, le une a grappolo (Lett. *e*) affatto come le sebacee, le altre ad anse tubulari formanti un gomitolo, come le sudorifere (Lett. *g*).

Le ghiandole sebacee si trovano in generale fra le smagliature notate al limite interno dello strato secondo o dermico, od appena al disotto di esso, tra questo e la massa adiposa. Si osservano in generale sotto forma di grappoli semplici disposti attorno ad un follicolo pilifero, risultanti di vari acini piriformi, tapezzati da epitelio, uniti ad un condotto del diametro di 0,^{mm} 05, sboccante ciascuno nel follicolo pilifero stesso.

I *follicoli* piliferi (Lett. *f*) si presentano per *lo più in* mezzo ad un certo numero di grappoli sebacei, di cui ricevono lo sbocco; talora però hanno radice più profonda, affatto nella massa adiposa: presentano un diametro medio di 0,^{mm} 13, e contengono peli del diametro di 0,^{mm} 01.

Le ghiandole a gomitolo appaiono formate da un tubo aperto alla superficie, del calibro di 0,^{mm} 06, tapezzato da epitelio, che dopo di aver attraversato, ora retto, ora alquanto sinuoso, i due strati periferici, giunto più o meno profondamente nella massa adiposa ad un tratto si ripiega in una vera matassa di anse, che assume l'aspetto di un glomerulo ovoideo o sferico, di diametro vario fra 0,^{mm} 15 e 0,^{mm} 40.

Durante lo studio istologico accennato mi venne tra le mani un bulbo oculare perfettamente sviluppato di bue, portante un dermoide, l'esame del quale reputo qui a proposito di aggiungere.

Questo dermoide si presenta come una mezza nocciuola, coperta alla superficie libera convessa da lunghi e folti peli, attaccata per la base, a cavaliere del limite sclero-corneale, sul quarto superiore interno della superficie anteriore del bulbo, in modo da occupare coi due terzi della sua base la cornea, con un terzo la sclerotica. Esso ha un diametro di due centimetri, un'altezza massima al centro di un mezzo centimetro, ed è circoscritto alla base da una zona lineare pigmentata, precisamente simile al *limbus* che circoscrive la cornea nel bue.

Al microscopio risulta composto di uno strato superficiale epidermico; di uno strato profondo, dermico; di ghiandole, di follicoli piliferi e di peli.

Lo strato epidermico, alto 0,^{mm} 10, consta essenzialmente di un vero strato *corneo*, che ne riveste la esterna superficie, e di uno strato *mucoso* a cellule piccole, fitte, che ne segna il limite interno o profondo. Ma questo limite formato dallo strato *mucoso* non corre regolarmente a seconda dell'esterno o *corneo*, ma è disposto a festoni regolari, mercè i quali lo strato epidermico è unito al sottoposto. Inoltre in corrispondenza della zona peribasilare del tumore gli elementi di questo strato si presentano ricchissimi di pigmento.

Il secondo strato o dermico forma il corpo del tumore. Vascolarizzato come il derma ordinario, risulta di robustissimi fasci connettivi, ondulati, decorrenti in vario senso, più compatti e più ricchi di nuclei verso la superficie che non in basso, intrecciati fra loro e colle ghiandole e follicoli che in questo stato si trovano abbondanti, attorno ai quali anzi vanno quelli a formare vere capsule. Il suo margine esterno è accidentato da vere papille regolari, addentellato tra questo strato e l'epidermico accennato. — Al limite interno invece il passaggio da questo strato alla sclera e cornea su cui è posto, non è segnato che dal regolarizzarsi dei fasci, che lo compongono, e dalla loro tendenza a decorrere nel senso della superficie. — Qualche vaso appare tuttavia decorrere tra di esso e la sclerotica e cornea sottoposte, le quali si presentano di normale aspetto.

Due qualità di ghiandole si trovano nel tumore, le une a grappolo, le altre a gomitolo.

Le ghiandole a grappolo risiedono in genere nella metà superiore dello strato dermico, e risultano di bellissimi grappoli semplici e composti, disposti per lo più attorno ad un follicolo pilifero, formati da acini piriformi molto allungati, del diametro medio di 0,^{m} 14, aderenti per un collo più o meno lungo ad un condotto sboccante nel follicolo pilifero. — Diversi di questi condotti sboccano in uno stesso follicolo.

Le ghiandole a gomitolo risultano di un glomerulo di anse tubulari, costituite di un tubo del calibro medio di 0,^{m} 08, comunicante all'esterno mercè un lungo condotto, continuazione dello stesso tubo ghiandolare, il quale più o meno sinuoso, oppure avvolgendosi a spira attorno al follicolo, o ad altro condotto vicino, si dirige all'esterno, facendosi più esile prima di aprirsi ad imbuto alla superficie epidermica. Tali ghiandole risiedono in generale più profondamente delle sebacee; esse sono rimarcabili per l'enorme loro numero, tale da formare un vero strato alto e compatto, ove tutte si trovassero nel medesimo piano.

I follicoli piliferi si trovano numerosi, impiantati nello strato dermico, per lo più in mezzo ad una serie di ghiandole sebacee tutte sboccanti nel rispettivo follicolo pilifero; hanno un diametro medio di 0,^{mm} 20, e contengono peli del diametro medio di 0,^{mm} 12, presentanti una bella papilla del diametro di 0,^{mm} 10.

Digitized by Google

Di un cistotomo nuovo proposto pei vari metodi del taglio perineale

DAL

Dott. PIETRO LORETA

Professore incaricato della Clinica Chirurgica nella R. Università di Bologna.

« Ideoque instrumenta pluribus in » arte versatissimis ostendi. Dicam » ingenue, pauci aperte probavo» re, quidam laudavere, cæterique » conticuere..... dummodo sit » utile, mihi satis. Vale ».

TARIN.

Il nuovo cistotomo, che sottopongo al giudizio degli esperti, è dato a rendere il secondo tempo della cistotomia perineale facile, pronto e sicuro, qualunque sia il metodo col quale voglia eseguirsi.

Che il taglio perineale sia sempre pericoloso e difficile, lo attestano i lavori dei più insigni chirurgi, i quali dalla invenzione dell'itinerario fatta nel secolo decimo sesto fino a questi ultimi tempi si adoperarono in modo speciale, perchè meno imperfetti, più semplici e più razionali riuscissero i metodi ed i processi di questa importantissima operazione. Intorno a che, sebbene siensi esercitati elevatissimi ingegni, non pertanto fu raggiunto finora tal grado di perfezione, da vedere rimosse le difficoltà ed i pericoli che le furono sempre compagni, sicchè a ragione sentenziava il Dessault, chiamando « la cistotomia un campo » vastissimo per l'uomo erudito, piccolo ed an» gusto per il chirurgo pratico ». Alla quale sentenza, perchè vera, mi fu d'uopo francamente appellarmi, onde eccitare le menti dei giovani, e porgere ad essi un conforto per le difficoltà che io stesso aveva, non ha molto, incontrate nell'operare un pietrante al loro cospetto.

Fra i malati che ricoverarono nella Clinica Chirurgica, durante l'anno scolastico corrente, entrò pure Albino Farnè di anni cinque, infermo di pietra vescicale incastonata. È inutile il dire con quanta sollecitudine io mi ponessi all'opera, onde sottrarre quel leggiadro fanciullo agli atroci dolori, che da tre anni travagliavano la sua tenera esistenza; come non ha qui luogo spiegare perchè desiderassi mostrato agli studenti il taglio mediano, operazione nata in Italia e qui mantenuta ed accresciuta per opera di valentissimi chirurgi. Aggiungerò piuttosto che l'atto operatorio riuscì difficile nel secondo momento, perocchè le contrazioni spasmodiche dei muscoli perineali deviavano il cistotomo dal solco del catetere; e lunghissimo nel terzo momento riuscì il detto atto, come si era prognosticato, perchè quella pietra rimaneva infossata in un diverticolo della parete anteriore della vescica. Delle quali difficoltà superai la prima raccogliendo le forze tutte dell'animo ed usando la più grande attenzione, per seguire i movimenti impressi al catetere medesimo, e non perderne il solco finch'ebbi incisa la prostata, per quanto mi fu dato giudicare dalla resistenza dei tessuti e dalla profondità nella quale aveva spinto il coltello; vinsi la seconda avvallando profondamente colla mano destra la parete anteriore dell'addome nella cavità della pelvi, mentre l'indice sinistro, tenuto in vescica, penetrava nel diverticolo, e girando intorno alla pietra la snucleava per modo, che rese valida l'azione delle tanaglie, le quali fino a quel punto avevano fatto inutili prese. La lunghezza dell'atto operatorio e il dolore sofferto dal povero infermo fu compensato da guarigione completa non meno che pronta, perocchè il nostro fanciullo faceva ritorno presso a' suoi genitori il ventesimo giorno dacchè era stato operato.

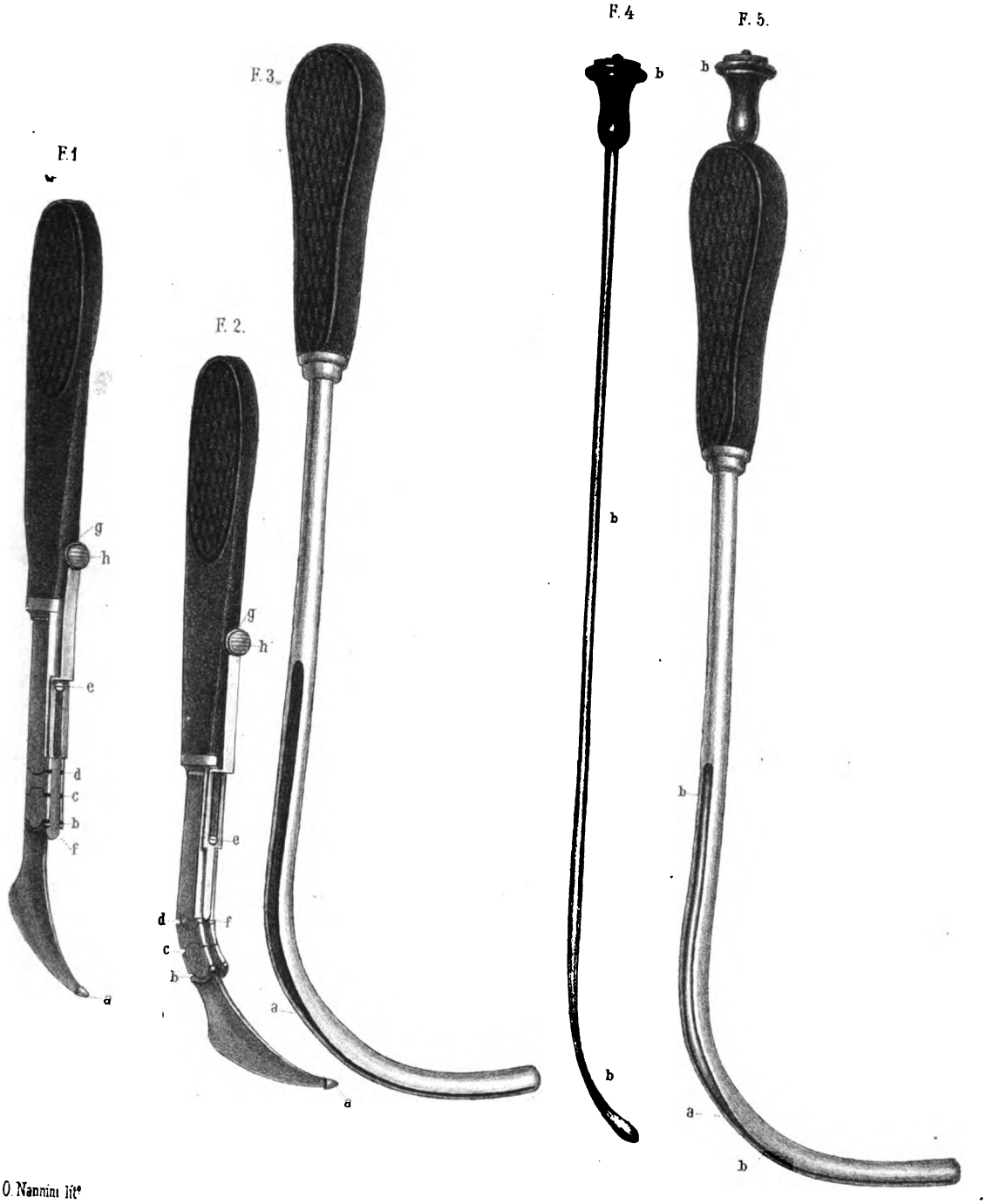
Questo successo però non poteva soddisfare di tanto la coscienza del chirurgo, quanto ne ricolmava il cuore di gioia, avvegnachè fosse un esempio novello che tornava a conferma della verità sentenziata dal chiarissimo Landi, quando in un suo elaboratissimo scritto sulla cistotomia perineale asserisce che « i favorevoli esiti immediati » e consecutivi di tale operazione devonsi più di » sovente attribuire al caso, anzichè a bravura e » destrezza ». Sentenza che fa vedere una grande lacuna in questa parte rilevante di medicina operatoria, e quindi il bisogno di provvedervi.

Il beneficio urgente che da lungo tempo aspetta la numerosa schiera dei poveri pietranti; l'onesto eccitamento di Alghisi, quel grande ch'ei fu di mente e di cuore, che alla operosità consiglia, affermando « essere sempre bene spesa ogni fatica » che vaglia a facilitare la intelligenza e la pra» tica di questa fra le più difficili e più perico» lose operazioni, che facciamo sopra il corpo u» mano », mi condussero al presente lavoro nel proposito di trarne profitto sottoponendo a critico esame la ricca serie degli strumenti e dei processi operatori, che si trovano registrati nella lunga storia della cistotomia perineale, per iscoprire la vera fonte delle imperfezioni, e scopertala, apportarvi un riparo. Mi posi adunque alla ricerca delle cause, che rendono pericolosi e fallaci i diversi processi di cistotomia fin qui adoperati, e non mi fu difficile di ravvisarle nell'arbitrio e nella ipotesi, su cui sempre fondaronsi i processi medesimi nella pratica applicazione dell'apparecchio istrumentale.

Col riandare la storia della cistotomia dall'epoca in cui risorsero le arti sino a noi, chi ponga mente al novero delle modificazioni portate agli strumenti ed ai processi operatori, presto si ac-

Digitized by Google

Dr. P. Loreta - Nuovo Cistotomo pel taglio perineale.



O. Nannini lit.

Lit. F.lli Casanova

Digitized by Google

Digitized by Google

corge che in questo lungo spazio di tempo, gli esiti infausti di continuo si alternarono ai buoni successi, e ciò non solo pel pericolo intrinseco all'organo, su cui si porta il tagliente, ma ben' anco per la grande incertezza associata al manuale operatorio, che lo rese difficile sempre ad eseguire. Infatti le descrizioni esattissime che si leggono degli atti operatori di cistotomia lateralizzata, bilaterale e mediana, non reggono al confronto di quanto si ottiene operando nel vivo, o sperimentando sui morti; imperocchè, sebbene sia destra ed esercitata la mano, che dirige il cistotomo nel catetere, non pertanto la esecuzione dei vari processi presenta svariatissimi effetti per la instabilità delle leggi meccaniche, cui sono subordinati gli stessi processi. Ond' è che se alcuna volta la loro esecuzione torna perfetta, ciò si deve soltanto al caso, e non all'esatta osservanza di regole ben determinate e precise. E di leggeri se ne può persuadere ciascuno, considerando la fallacia dei mezzi dei quali può disporre il chirurgo, quando porta il tagliente nell'uretra profonda e nel collo della vescica; fallacia la quale conosce per unica causa, non la erroneità dei precetti, ma la impossibilità di osservarli. Sapienti invero sono le regole prescritte intorno alle parti da incidere e alla direzione dei tagli per aprire una via sufficiente alla pietra, perchè fondate su basi precise ed invariabili di anatomia, ma purtroppo vengono meno al pratico esercizio. Per la qual cosa ei sembra si possa dedurre senza tema d'errare, la vera sorgente delle difficoltà e dei pericoli della cistotomia perineale doversi attribuire, non alle regole e al loro difetto, ma a null'altro che alla imperfezione degli istrumenti. Per avvalorare questa opinione, sottopongo ad esame un sunto dell'analisi fatta dei principali processi, perchè possa istituirsi il confronto del relativo valore e investigarne i pregi e i difetti.

Si prenda ad esempio il taglio mediano, e si troverà che nel secondo momento della sezione Mariana s' incide l'uretra sul siringone per tutta la lunghezza dell'unghia del pollice, e che il terzo tempo consiste nella dilatazione dell' uretra prostatica e del collo della vescica. Tra i pregi di questo processo è specialmente notata la impossibilità di ferire il retto intestino, e tra i difetti si annoverano la moltitudine degli strumenti da introdurre in vescica, la incisione del bulbo uretrale, la dilatazione forzata dell'uretra prostatica e del collo della vescica, che produce infiltrazioni orinose ed incontinenza d'orina.

Andrea Vaccà Berlinghieri che fece rivivere in Italia il taglio mediano e lo volle ai pratici raccomandato, prescrisse che dopo incisa l'uretra col bistori retto comune, deposto questo, si adoperasse un coltello retto a lama stretta e terminato in cima con una linguetta levigata, non tagliente nè pungente, ma capace di scorrere pel solco del siringone, nel quale introdottala, ordinò si prendesse colla mano sinistra il manico del catetere, che era affidato all'aiuto, si stirasse in alto per fissarne la concavità contro l'arco del pube, si inclinasse verso di sè, e si spingesse poscia il coltello in vescica seguendo la direzione del siringone alcun poco obbliqua di basso in alto. Aggiunse che quando il coltello fosse penetrato per un pollice nella vescica, dovesse sollevarsene il manico verso lo scroto affinchè la linguetta e porzione di lama esistente in vescica, abbassandosi, si scostasse dal catetere, e mentre il dorso vi restava appoggiato in un punto della scanalatura, il tagliente si approfondasse nel collo vescicale, nella prostata e nell'uretra membranosa, parti tutte che vengono successivamente tagliate nel ritirare il coltello dalla vescica, seguendo un movimento diretto orizzontalmente di dietro in avanti. I vantaggi dell'atto operatorio proposto dal Clinico di Pisa consistono nella ampiezza della apertura preparata alla pietra, eseguita colla sola incisione per evitare i pericoli della dilatazione: tra gli inconvenienti, che vi si attribuiscono, è il pericolo di ledere i condotti eiaculatori, per la direzione inferiore del taglio prostatico; è la lesione dell'intestino retto, se il coltello venga introdotto di troppo in vescica, o di troppo se ne elevi il manico nel momento in cui si ritira, difficile essendo per non dire impossibile il precisare la quantità del cistotomo da approfondare in vescica, e il grado di elevazione da dare al suo manico nel ritirarlo.

Il Maréchal ed il Rizzoli consigliano di tagliare sull' uretra membranosa e di prolungare di tanto il taglio, da comprendervi appena l'apice prostatico per isfuggire gli inconvenienti or ora notati, e per tal guisa affidare al taglio insieme e alla dilatazione una parte egualmente attiva e capace di preparare alla pietra una bastevole apertura.

L'esame di questi processi e le differenze del loro valore dimostrano bene la varietà dello scopo, cui sono stati proposti, e la critica comparazione dei risultati ottenuti conferma, che ciascuno di questi processi, mentre era diretto a riparare i difetti degli altri, ha dovuto incontrarne dei propri. E valga il vero, se la incisione Mariana dell' uretra, combinata alla dilatazione forzata della prostata e del collo della vescica, ha per utile scopo di non esporre a ferita il retto intestino e di non perdere la guida del catetere, può non pertanto produrre gli effetti sinistri della contusione o la necrosi del tessuto prostatico. Contusione che il Vaccà Berlinghieri cercò di evitare surrogando alla semplice dilatazione della prostata il taglio del suo raggio inferiore a tutta spessezza comprendendovi il collo della vescica e l'uretra membranosa: ma mentre sfuggì per tal guisa la contusione, la successiva mortificazione della pro-

Digitized by Google

stata e gli infiltramenti orinosi, non meno gravi complicazioni ebbe egli pure a temere dalla troppa estensione del taglio, quando la lunghezza della lama che sporge in vescica, e il grado d'inclinazione che deve osservarsi nell'introdurla e nel ritirarla non siano precisati a dovere. Il Maréchal ed il Rizzoli si prefissero di evitare le imperfezioni dei suddetti processi, associando la dilatazione al taglio, e coll'incidere la prostata nell'apice soltanto assicurarono il retto intestino e il condotto eiaculatore da ogni lesione, e dallo schiacciamento il tessuto prostatico stesso, il quale, scalfito che sia, facilmente si lascia distendere e dal dito e da qualunque istrumento che dolcemente dilati. L'ingegno posto in queste modificazioni è pari al merito di chi le propose, e ne giustificano il pregio i migliori successi, che furono dappoi registrati nella statistica della cistotomia. Ciò nullameno anche il valore di questo processo, come quello dei precedenti, si fonda su leggi tali operatorie, che la sola destrezza ed una pratica speciale possono rendere di effetti meno variabili ed incostanti. E quando voglia notarsi che nella operazione della pietra nessun chirurgo può giungere a possedere queste virtù se non dopo un lungo esercizio, sia sul cadavere che nel vivente, essendochè la varia spessezza del perineo, la differenza nelle curve uretrali, la diversa resistenza che offrono i tessuti, la indocilità di certi operandi, la inesperienza di alcuni assistenti e per non dire di tutte, la imperfezione dell'apparecchio istrumentale, sono di tali e tanti ostacoli che ai procedimenti si riferiscono, è pur forza concludere che la sicurezza e la valentia dei più eccellenti litotomisti fu guadagnata mai sempre al caro prezzo di non pochi esiti infausti devoluti allo stesso manuale operatorio. Verità confermata dalle risultanze statistiche degli operati di pietra d'ogni paese, e sanzionata dal Landi, quando si rivolge alla intemerata coscienza degli operatori viventi, e loro domanda: « se credono bastante a » rassicurarli il lume della ragione, che li guida » nella esecuzione dei vari metodi e processi de- » cantati; se credono di avere realmente norme » sicure per riuscire nei loro proponimenti; e se » a queste, alla loro destrezza e bravura, anzi- » chè al caso pensano doversi attribuire il più di » sovente i favorevoli esiti immediati e consecu- » tivi di tale operazione ». E la domanda resterà senza risposta, egli conchiude, perocchè nessuno vorrà fare al caso il dovuto sacrificio di buona parte del suo merito. A riprova, il Burci nelle sue dottissime lezioni di cistotomia maschile e femminile afferma « che la cistotomia quale sia il » metodo che si segua nell'eseguirla, è sempre » operazione gravissima e pericolosa », e aggiunge non credere diventerà mai di picciol conto, come alcuni si fingono. La quale maniera assoluta di considerare le più difficili nostre quistioni sconforta la mente umana, perocchè al mancar delle prove cede in costanza, e interrompe quelle fatiche, che avrebbero potuto arrecare un reale progresso. Da ciò forse deriva che il manuale di questa operazione non raggiunse un perfezionamento completo, in onta ai numerosi lavori e alle preziose ricerche fatte da elevatissimi ingegni, lavori troppo spesso interrotti e troppo a lungo obbliati; e forse anco perchè non fu sempre distinto il pericolo e le difficoltà immediate dell'atto operatorio, da quelle consecutive, che riferisconsi al viscere su cui agiscono i ferri.

Dalla rassegna fatta dei processi superiormente indicati, e dall'apprezzamento del loro valore, chiaramente apparisce che la cistotomia perineale ha raggiunto il maggior grado di perfezione nei precetti scientifici che la riguardano, e non solo il metodo mediano, ma il lateralizzato ed il bilaterale ancora, e ciò pei lumi e per le pratiche applicazioni, che i chirurghi seppero trarre dalla anatomia topografica del perineo. Risulta dunque che le difficoltà ed i pericoli dei singoli processi devono a non altro attribuirsi che ad imperfezione dell'apparecchio istrumentale. Per accertarmene presi ad esame lavori antichi e moderni, e nel riscontro che feci della moltitudine degli strumenti proposti in epoche diverse, ne rinvenni alcuni che si uniformavano al concetto da me formulato intorno alle modificazioni da fare, per applicare utilmente l'apparecchio istrumentale suddetto. Fra questi è il cistotomo e il catetere, che nel secolo passato, con grandissimo ingegno, immaginava il Tarin, il quale mentre comunicava e sottoponeva il suo progetto al sapiente giudizio della Regia Accademia di S. Cosimo di Parigi, ne scriveva una dottissima epistola, nel Luglio del 1748, al Guattani, allora chirurgo primario dello Spedale di San Spirito in Roma. Trascrivo quella parte del testo, che più da vicino riguarda il soggetto in discorso.

» In idonea huic operationi peragendae instru- » menta perscrutanda non mediocriter insudarunt » recentiores lithotomi; ita ut nullus fere adsit, » qui suis peculiaribus non gaudeat instrumentis. » Id utilitati, fortasse habitui, minime vero glo- » riolae tribuendum censeo. Nihilominus genera- » tim recepta et a pluribus in magno et in late- » rali apparatu admittuntur catheter ferreus, ca- » naliculatus, lithotomum sive cystitomum etc. de » quibus nunc non ad nos cum tantum de nostris » circa lithotomum et catheterem, annotatis et » additis sit agendum.

» Neminem latet in apparatu laterali (modo » parum sit in isto versatus), sectionis vescicae » quantitatem non solum non posse determinari, » sed etiam varia, dum lithotomi cuspidem in » catheteris strigem reponere tentant, fuisse per- » peram commissa, praesertim cum secando ad » ipsius majorem curvaturam devenitur. Quibus » autem cautionibus illa commoda conciliari hique

Digitized by Google

» vitari possent errores, exquisivi: ideoque quoad » catheterem, ipsius striatura in binas partes di- » visa concipiatur, partisque catheteris manubrio » continuae more solito striae ab invicem dehi- » scunt, dum partis secundae catheterem termi- » nantis ad invicem accedentes striae canalem » caecum, rimula tamen in parte curva cathete- » risque strigi paralella relicta, efficiunt. Nunc » quod lithotomum spectat, illud parum per in- » curvum plus aut minus cuspide paulo crassiori, » secanti tamen, terminatum volui; quo statim » ac secando ad majorem catheteris curvaturam » deveniret operator, lithotomum ita ad libitum » per rimulam in partem catheteris canalem ef- » formantem moveri, in eaque ope cuspidis sic » detineri ut possit ad latera parum perdeviare, » aut hujus strigi coaptari. Cuspis lithotomi ita » figurata, ut si prima incisione usque ad cathe- » teris strigem non perveniat operator, illam de- » figere possit, tuncque striis catheteris cooperta, » lithotomi acies partibus secandis tantum sese » offerat.

» De istorum instrumentorum utilitate, deque » ipsorum rectificatione plura nobis edocebit tem- » pus et experientia; interdum in arte peritis de » isto aperire consilia non inopportunum fore di- » judicavi, ut ipsius utilitatem probent aut im- » probent. Ideoque pluribus in arte versatissimis » ostendi. Dicam ingenue, pauci aperte probave- » re, quidam laudavere caeterique conticuere. Cum » autem decima sexta hujus mensis omnibus Aca- » demiae Regiae Sancti Cosmae sociis congregatis » communicassem, mihi Academiae Prosecretarius » quem mane conveneram, cujusque consilio in- » strumenta communicavi, dum illa ad invicem » suo quisque sociorum examini subjecit, prae- » cise in consessu praesenti de consimili prae- » stantissimi Le Cat invento actum esse nuncia- » vit. Attamen cum mediocris inventi, in suos jam » a longo lauroso quiescentem Dominum Le Cat » gloriolam queritantem non noverim, tecum de » isto publice communicare minime absonum pu- » tavi, ut si suum sit agnoscat meque interim non » plagii insimulet; et cum nulla mihi sunt acta » publica nota quae ipsi, aut alii cuicumque tri- » buant, interdum si sint qui sibi assumere con- » tendant, assumant; dum modo sit utile, mihi » satis. Vale ».

La facilità di deviare col cistotomo dal solco del catetere, e i pericoli che susseguono a un tale accidente, furono le cause che indussero il Tarin all'utile ritrovamento del cistotomo bottonato pungente, e del catetere, i margini della cui solcatura si restringessero a modo nella parte incurvata, da non permettere di fuorviare alla lama, mentre vi scorre per tagliare le parti profonde. Una tale proposta però, sebbene ingegnosa, non produsse profitto, o perchè fu tenuta in non cale, o perchè fu da pochi e non bene studiata. Di che ne fa fede il concetto esposto in due erudite memorie, lette all'Accademia dell'Istituto Nazionale Italiano negli anni 1808 e 1810 da Giuseppe Atti litotomo valente, e allora Professore di Clinica Chirurgica della Università di Bologna, il quale presentava e raccomandava di eguali istrumenti, senza citare il Tarin, ignorandone forse il primato nella invenzione.

Il Clinico bolognese dopo 25 anni di pratica fortunata nella cistotomia, durante i quali si era servito di un coltello da lui stesso modificato, col renderne bitagliente la punta e concavo il dorso perchè si addattasse meglio alla convessità della guida, e più difficilmente deviasse dal solco, trovò nonostante opportuno di aggiungervi nuove riforme, perchè non credeva rimossi i pericoli, e l'esito della operazione abbastanza assicurato. S'accorse anch'egli che un moto involontario della mano che opera può far deviare il coltello dal solco del siringone, che lo possono del pari un movimento improvviso dell'operando, le contrazioni spasmodiche dei muscoli perineali, una scossa che l'assistente o lo stesso chirurgo imprima alla impugnatura del catetere nell'abbassarla, per cui la punta del cistotomo perdendo il contatto col solco, inoltrata che sia, invece di entrare in vescica, perfora ed incide gli organi vicini. Mosso da queste considerazioni, fece costruire un siringone della lunghezza, della forma e della curva comunemente addottata, a differenza del solco, il quale nella porzione retta del manico era ampio, e nella porzione incurvata si restringeva pel vicendevole avvicinarsi dei margini, in guisa da non lasciare che una spazio appena bastevole perchè la lama del coltello vi scorresse liberamente. Il cistotomo invece di terminare a punta acuta e tagliente, lo fece munire di una testa ottusa o bottone, capace di scorrere nel solco del catetere, introducendovelo per la parte più larga, ma che insinuato ed inoltrato nella porzione incurvata e ristretta non potesse, scorrendo, uscirne altrimenti. La estremità posteriore del manico volle foggiata a forchetta, fra le cui branche trovasse un valido appoggio lo spazio interdigitale del pollice e dell'indice della mano destra, affinchè l'operatore potesse imprimere un grado maggiore di forza al coltello, quale egli trovava necessaria impiegare con questi strumenti; forza che credeva richiesta dalla resistenza maggiore che opponevano i tessuti al coltello, obbligato per tal guisa di percorrere la solcatura del catetere. Conchiude l'Atti esponendo il dubbio di aver posto il colmo alla perfezione voluta nella litotomia, ed « aspettando dalla esperienza » e dal tempo, sono le sue parole, autorità suffi- » ciente per confermare la utilità delle applica- » zioni proposte. »

E in verità appoggiato alla sua stessa esperienza non fu contento del suo primo concetto, perchè lo

Digitized by Google

scoprì difettoso; e con altra non men dotta memoria faceva osservare, come il cistotomo a bottone ottuso obbligava il chirurgo di cambiare il coltello in un tempo importante dell'operazione, e che quindi nasceva imbarazzo e grave pericolo di perdere l'apertura praticata nell'uretra col primo coltello. Per la qual cosa fece fare un cistotomo nuovo avente la punta acuta e tagliente, e che a differenza del primo portasse sul principio del dorso il bottone, che doveva assicurarlo nel solco del catetere, dentro cui introdurlo, non appena la punta avesse divisi gli integumenti e l'uretra stessa. «Per » questa guisa, così si esprime, con due soli movi» menti dello stesso istrumento, che seguonsi l'un » l'altro senza interruzione, il taglio può com» piersi con tutta sicurezza». Narra poscia di averne fatta la prova sul vivo, e come la operazione riuscisse con tanta prontezza, da non lasciare desiderio veruno per lo scopo che si era prefisso. Ad onta però dei successi ottenuti dall'Atti, nessuno, per quanto mi consta, ne ha parlato mai o ne ha imitato l'esempio, o seppure, nelle altrui mani quegli strumenti non corrisposero alle aspettative e alle raccomandazioni, che ne aveva fatte il loro inventore. E che ciò sia si può facilmente inferire dagli impedimenti, che si frappongono al libero corso del coltello racchiuso nel solco del catetere; ostacoli che conobbe lo stesso inventore, ma dei quali non seppe apprezzare la vera cagione.

Dissi altra volta che fra le tante invenzioni di ferri, e le aggiunte e le amende che furono fatte, e che inutilmente arricchirono l'apparecchio istrumentale della cistotomia, quelle di Tarin e di Atti mi attrassero a modo, che mi prese talento di rintracciare il motivo, perchè fossero tenute in niun conto e condannate all'obblio: tanto più che non era a supporre la pratica d'Atti, valente litotomo, sprezzata dai suoi successori; come vantaggiosa è a reputare la esperienza del chirurgo francese, per la molta sapienza che seppe raccorre nelle poche parole, che così alla amichevole inviava al collega Guattani. Ora aggiungo che tenendo in buon conto lo scopo prefisso agli stessi strumenti e valutandone il pregio, si sarebbero forse apprezzati, e prima d'ora utilmente addottati, se si fosse indagata la causa, dei loro difetti, avvegnachè dalla spiegazione di questi risulti l'opportuno riparo da apporvi. Infatti dopo tale ricerca mi fu dato imparare la causa che fa deviare il cistotomo senza bottone dal solco del catetere, essere quella medesima, che ne impedisce il libero corso quando è bottonato. A dimostrare questa asserzione basta por mente alla condizione voluta perchè il cistotomo comune, fornito di punta acuta e tagliente, possa scorrere nel solco del catetere e servir bene allo scopo prefisso. È necessario che la mano dell'operatore eserciti la forza sul manico in tale direzione, che sia e si mantenga sempre tangente alla curva del catetere, onde percorra tutta la via che gli è preparata dalla scanalatura; che se la forza venga abbassata dalla tangente suddetta, o la lama s'arresta, perchè la punta s'infigge nella parete superiore del solco, o la incisione prodotta si approfonda di troppo; se poi la forza è diretta in un livello superiore alla tangente indicata, allora avviene che la punta è messa a leva, che si abbassa e si scosta dal solco, e mentre la lama vi scorre appoggiata col dorso, la punta nell'avanzarsi sporge dai margini della scanalatura e abbandona la guida. Ora è a sapere che per la influenza della medesima legge, il cistotomo, quando è bottonato, può muoversi liberamente sul catetere e superare ogni attrito. Infatti senza il concorso di questa legge meccanico-fisica, la forza comunicata per una linea retta, o si trova inferiore alla tangente, e la lama si muove seguendo il solco del catetere, e in tal caso produce una incisione troppo profonda; o la lama scorrendo si inclina a destra o a sinistra per movimenti involontari dell'operatore o dell'operando, e per tal guisa perduto che sia il paralellismo tra i lati della lama e i margini del solco, accade che la porzione anteriore convessa del tagliente nell'avanzare intacca quel margine della scanalatura, che corrisponde alla parte verso cui è inclinata, e così viene impedito il suo libero cammino; o la forza impressa è superiore alla tangente, e allora si decompone in due punti opposti, l'uno dei quali corrisponde al tallone della lama, ed è rappresentato dalla verticale abbassata sulla concavità del catetere, l'altro risponde alla superficie anteriore inferiore del suo bottone, ed è rappresentato dalla perpendicolare elevata verso la convessità del catetere medesimo, e per tal guisa mentre la risultante del movimento si elide, si svolge un tale attrito che i due strumenti, invece di scorrere l'uno sull'altro, si prestano un vicendevole ed immutabile punto d'appoggio. Ma quando invece il manico del coltello, che presenta la direzione della forza impulsiva, sta alla curva del catetere in linea tangenziale, e in questa posizione viene mantenuto, ne risulta che il suo bottone trova contatto in soli due punti contro i margini del catetere; l'attrito che si svolge è incalcolabile ed incapace di disperdere la forza, la quale se sia mantenuta nello stesso rapporto di direzione, abbassandola per gradi di tanto, quanto richiede la curva del catetere, vien tutta impegnata a far muovere la lama e a superare l'attrito.

Posta questa legge e la necessità di osservarla, operando, all'evidenza si mostra che la imperfezione del cistotomo bottonato e del catetere in discorso consiste negli ostacoli, che si oppongono al libero corso della lama nella scanalatura; ostacoli che ciascuno può di leggieri produrre e osservare, manovrando questi strumenti senza guar-

Digitized by Google

darli, così alla scoperta, o meglio esperimentandoli nel cadavere stesso. Ora conosciuti gli ostacoli è facile indurre che, ogni volta il coltello è impedito di muoversi pel solco del catetere, convien fare la diagnosi sulla specie di causa dalla quale l'impedimento è prodotto, per poterlo evitare. Che se nel cadavere riesce la prova, perchè le condizioni di quiete permettono di valutare le cause medesime e di usare dei mezzi efficaci per isfuggirle, nel vivo o non si possono rimuovere, o nel rimuoverne alcuna se ne affacciano altre. Considerando inoltre che la mano del chirurgo, per quanto sia destra ed esperta, senza il soccorso dell'occhio non può imprimere sul manico del coltello, nei movimenti successivi e necessari perchè la lama s'avanzi, tanti gradi precisi d'inclinazione quanti sono richiesti, perchè la direzione della forza si mantenga sempre tangente alla convessità della guida, sembra giusto inferirne che ad ottenere lo scopo, ed apportarvi un rimedio sicuro, bisogna affidare la direzione del moto a tutt'altri fuor che alla mano. Il catetere deve interamente adempire all'ufficio, cui fu destinato dal suo primo inventore, servendo egli solo da guida nel condurre la lama, mentre alla mano non resta altro incarico che quello di imprimerle il moto. In questo avviso pensai di render mobile la lama sul manico per mezzo di tre articolazioni ginglimoidi applicate nel tallone del cistotomo, e posi ogni cura che la porzione articolata fosse di guisa tale flessibile ed estesa nei suoi movimenti, da potersi addattare col dorso ad ogni punto della curva maggiore del siringone, mentre il tagliente si avanza pel solco. Così resa indipendente la lama dalla impulsione diretta della mano, e subordinatala invece ad altra legge meccanico-fisica, e cioè alla risultante della composizione di forze, in cui è decomposta l'unica forza motrice dai bracci di leva rappresentati dalle articolazioni indicate, ne doveva seguire che qualunque fosse la direzione della forza che vien decomposta, la risultante di quelle composte avrebbe bastato per superare l'attrito e comunicare alla lama un movimento continuo e sicuro. Le numerose esperienze istituite sul cadavere, e una osservazione fatta sul vivo confermarono appieno la giustezza delle leggi, su cui si fonda questo concetto, sendochè i risultati ottenuti si mostrarono sempre di effetto costante, sebbene fossero varie le condizioni nelle quali si venne esperimentando, e trasandate le regole saggiamente prescritte onde evitare i pericoli più comuni, e gli inconvenienti già noti.

Passo a descrivere la costruzione di questo cistotomo, perchè si conosca il suo modo di agire, e il valore che offre nella sua applicazione ai vari metodi del taglio perineale.

La Fig.ª 1.ª ne presenta la grandezza, ridotta circa alla metà, e la forma simile ai cheratotomi di Richter e di Beer, o al cistotomo di Le Cat, che il Rizzoli modificò munendolo di punta acutissima pel suo processo mediano; ne diversifica però sul dorso, perchè reso alcun poco incurvato, alla maniera di Tarin e di Atti, affinchè possa adattarsi meglio alla convessità del siringone. Nella punta porta un bottone **a** rotondeggiante superiormente, e tagliente in avanti e in basso dove si continua col tagliente affilato del corpo della lama. Le sue dimensioni per le diverse età sono eguali in lunghezza alle lame comunemente adoperate, ma ne variano nella larghezza, la quale è minore di due millimetri circa. Il tallone non è formato di un fusto solido ed unico, come quello degli altri coltelli, invece è diviso in tre parti articolate fra loro in **b**, **c**, **d**, e mobili dal basso in alto per modo da presentare una curva a concavità superiore, e variabile di grado col variare dei rapporti che prende lungo la curva del siringone. Fig.ª 2.ª **b**, **c**, **d**.

La mobilità poi della lama sul manico, come esporrebbe alla complicazione accennata dall'Atti, ossia alla necessità di cambiare coltello dopo incisa la pelle e l'uretra, questa mobilità è tolta mediante uno scorsore **e**, che può mettersi in moto lunghesso il dorso del tallone e del manico, e mercè del quale, avanzandolo verso la lama fino ad **f** Fig.ª 1.ª, questa diventa immobile e fissa, ritirandolo fino a **g** riacquista la mobilità primitiva. Un bottone **h** su cui fare impulso, collocato sul dorso al terzo anteriore del manico stesso, serve assai bene per mettere in moto il suddetto scorsore.

Il siringone, Fig.ª 3.ª, non è diverso da quello già descritto da Tarin e da Atti. I margini della scanalatura si restringono tanto in **a**, da non permettere di deviare al bottone del coltello, quando vi sia insinuato ed inoltrato. Ad evitare però un inconveniente, che ho potuto scontrare sul vivo, e cioè che la mucosa della parete inferiore uretrale, nelle sue porzioni prostatica e membranosa, non resti imprigionata nella parte più stretta del solco, e ne impedisca la pronta estrazione, l'ho fatto munire di uno stiletto **b**, **b**, **b**, Fig.ª 4.ª che ne ottura il solco fino alla sua parte più stretta Fig.ª 5.ª, **b**, **b**, **b**, e ne rende l'estrazione sicura quando risulti infruttuoso il cateterismo esplorativo della vescica.

Il processo operatorio da seguire con questi strumenti è semplice ed eguale tanto pel taglio mediano come pel lateralizzato e il bilaterale, fatta eccezione del modo di dirigere i tagli. Introdotto il catetere contenente lo stile, si esplora la vescica per sentirvi la pietra: trovatala, si estrae lo stile, poi si consegna il catetere all'aiuto, che lo mantiene nella situazione ordinaria voluta dal metodo che vuole eseguirsi. Allora s'incide la pelle, i sottoposti tessuti e l'uretra stessa col cistotomo, la cui lama è resa immobile dallo scorsore spinto avanti: scoperto il siringone, due casi

Digitized by Google

possono darsi, e cioè che il bottone del cistotomo si trovi in rapporto colla parte più larga del solco, e vi si fa penetrare, e si mantiene allo stesso livello ordinando all'aiuto di ritirare pian piano il siringone, fino a sentire il bottone racchiuso nella parte più stretta del solco; o il bottone si trova rimpetto alla porzione ristretta del solco medesimo, e in tal caso, che succede più spesso, si avvisa l'aiuto perchè abbassi lentamente verso le coscie dell'operando il manico del catetere, finchè il cistotomo trovandosi in rapporto colla porzione del solco capace di ricevere il suo bottone, vi si possa insinuare. Nel frattanto l'aiuto non solo si arresta dall'abbassare, ma rialza il catetere di tanto, quanto occorre perchè il coltello si trovi impegnato col suo bottone nella parte più stretta del solco. Ciò fatto, il chirurgo si fa consegnare la guida che inclina verso di sè per farne penetrare di molta nella vescica, e tenendola inclinata verso l'inguine destro come è costume (sia per evitare i condotti eiaculatori, sia per incidere il raggio obbliquo inferiore sinistro), coll'indice destro ritira lo scorsore, poscia imprime un moto violento al coltello dall'esterno all'interno, e lo costringe a percorrere il solco fino al fondo cieco del siringone, facendone così penetrare tutta la lama in vescica. La resistenza che avverte il chirurgo, e il rumore di suono metallico cagionato dall'urto del bottone contro il fondo della scanalatura, assicurano che la lama ha percorsa tutta intera la via; dalla quale viene tosto e facilmente disimpegnata ritirandola in una direzione pressochè orizzontale dall'interno all'esterno.

La incisione che si produce in così fatta maniera si estende dal punto dell'uretra, in cui è penetrata la lama, fino al meato orinario interno, comprende l'uretra prostatica dall'apice alla sua base, e si approfonda nel tessuto della prostata di tre o quattro millimetri circa, qualunque sia il grado d'inclinazione dato al catetere, e su qualunque raggio della prostata si voglia eseguire il taglio. Per questa incisione il tessuto prostatico facilmente si presta alle più dolci manovre dilatanti successive all'azione del dito, delle tanaglie e della pietra fra le prese di queste.

Messi a confronto gli effetti costantemente ottenuti dal cistotomo in discorso, identici sempre per la estensione e profondità del taglio, e per la facilità e sicurezza della esecuzione, coi vari processi di cistotomia perineale, mi condussero a stabilire che l'applicazione di questo coltello prevale moltissimo in valore ai principali processi fin qui conosciuti. Perocchè alla saggezza delle regole prescritte intorno ai limiti delle incisioni, da desumere pei gradi d'inclinazione in cui tenere il coltello, sia tagliando dallo esterno all'interno, sia incidendo dall'interno all'esterno, alla saggezza, dissi, delle regole prescritte, va congiunta mai sempre la difficoltà, per non dire la impossibilità di osservarle. Mente umana infatti non può concepire, concedendo speciale destrezza nel chirurgo che agisce, come possa precisarsi la profondità, la estensione e la sede di un taglio, avendo a tutta scorta la resistenza dei tessuti, la quantità del tagliente inoltrato e la inclinazione degli strumenti, mentre i tessuti nei diversi soggetti variano per la spessezza, la resistenza e pei loro rapporti. Il far bene con questi processi fu sempre un privilegio di pochi; e il privilegio può dirsi incompleto, se si consideri la pratica estesa dei più valenti litotomi essere stata sovente interrotta da infausti successi, per la fallacia dell'atto operatorio.

Per le cose finora discorse ei sembra evidente, che la modificazione apportata al cistotomo di Tarin e di Atti abbia raggiunto lo scopo di rendere la cistotomia perineale, nel secondo momento, facile, pronta e sicura (1).

---

(1) Oggi stesso 26 Maggio ricevo una lettera dall'egregio Dott. Casati di Forlì, che ha con questo cistotomo operato un bambino di 6 anni.

L'operazione è stata compiuta in brevissimo spazio di tempo; e dalla vescica del piccolo ammalato il Casati ha estratto un calcolo del peso di grammi 45, che misura nel suo diametro maggiore 2 centim., nel minore 1, 4.

Un caso di embolie delle arterie centrali della retina

E

di alcuni capillari cerebrali per gastrorragia.

PROCESSO DIAGNOSTICO

DEL

Dott. LUIGI LUCIANI

Assistente alla Cattedra di Fisiologia.

Nel passato Novembre all'ospedale di S. Orsola mi avvenne di osservare coll'oftalmoscopio un individuo colto di repente da completa cecità. Il caso mi parve abbastanza raro e interessante non per gli Oculisti solo, ma più ancora pei Medici generici. Laonde dall'egregio Prof. Gamberini, che mi avea gentilmente invitato ad osservare il caso e diagnosticare le condizioni dell'amaurosi improvvisa, ottenni di raccoglierne i dati anamnestici e di farne l'esame completo. Prima però di sottoporre il fatto all'apprezzamento dei Lettori della *Rivista Clinica* volli seguirlo nel suo decorso fino all'esito definitivo.

Digitized by Google

L'infermo, Mariano M. nato a Pieve di Cento, di anni 45, mi apparve la prima volta d'un aspetto caratteristico valevole ad ispirare la fantasia d'un artista. Alta statura, grosse forme, tutto magro e squallido, fisonomia spenta, barba nera irsuta, occhi vaganti, accomodati a distanza infinita. Era già una quarantina di giorni ch'ei si trovava all'ospedale, ed avea incominciato a levarsi di letto per qualche ora. La percezione visiva era del tutto abolita: non rimaneva che una debole percezione luminosa qualitativa. Alla luce dell'oftalmoscopio la midriasi non cessava - la sensibilità della cornea era presso che normale - nessuna alterazione nei mezzi trasparenti dell'apparecchio diottrico - gli elevatori delle palpebre prevalevano un poco sugli orbicolari. Il fondo d'ambo gli occhi s'illuminava ovunque equabilmente - coll'ingrandimento della lente appariva chiarissimo lo stato vascolare e pigmentale della coroide, come se lo strato retinico non lo velasse - la papilla del nervo ottico piuttosto piccola, a contorni regolari, perlacea: da essa uscivano solo due o tre vasellini esilissimi, che si diriggevano per poco tratto e con poche ramificazioni al segmento inferiore della retina (superiore ad immagine rovesciata). Non vi era differenza apprezzabile nello stato dei due occhi. — Traducendo in linguaggio diagnostico questo aspetto oftalmoscopico, dissi esservi *anemia quasi completa*, *e atrofia pellucida delle retine*, *con un grado corrispondente di atrofia dei nervi ottici*.

Era interessante ricercare in questo caso la causa prossima di queste alterazioni, e trovar modo di subordinare fra loro i due fatti fondamentali, l'*anemia* e l'*atrofia*. L'atrofia può produrre l'anemia, e l'anemia può produrre egualmente l'atrofia: quale delle due alterazioni era preceduta, e qual condizione patologica l'avea prodotta? — Per risolvere questi quesiti ci voleva un pochino d'anamnesi.

— Raccontami la tua malattia da quando è incominciata fino a questi ultimi tempi.

— Io esercitava ultimamente il mestiere del barocciaio, trasportando carichi da Bologna a Lugo e da Lugo a Bologna. Scarsi guadagni, molta fatica, e spesso la pioggia addosso. Nel giorno di S. Luca (18 Ottobre) mi sentiva più stanco ed abbattuto del solito. Arrivato a casa dopo tre viaggi da Lugo a Bologna e viceversa, mi accorsi di avere un po' di febbre - non mi sentiva voglia di mangiare - presi un po' di polenta, ma la vomitai poco dopo. Ebbi tre giorni di febbre continua, e la quarta mattina mi svegliai di buon ora, essendo preso da un forte turbamento di stomaco, dopo cui, senza tosse, vomitai una forte quantità di sangue scuro, in gran parte aggrumato (più di un litro). Dopo il vomito mi sentii una sete gagliarda, per cui bevvi moltissima acqua. Sul tardi emisi per le feccie molta materia nera prosciolta. L'abbattimento era minaccioso: mi fu data neve per bocca, e fui consigliato di accedere all'ospedale. Rimasi però in casa tre altri giorni, in uno stato di grande prostrazione, e niente altro. Ma la mattina del terzo giorno, destato dal sonno, più non distingueva gli oggetti; mi sembrava fosse sera, ed erano le 8 antim., credeva chiusa la finestra, ed invece era aperta. Dopo questo nuovo accidente mi determinai di entrare a S. Orsola, ove fui trasportato nello stesso giorno in preda di un completo sbalordimento. Il dì appresso all'ospedale vomitai nuovamente un altro buon litro di sangue, e per due o tre giorni evacuai materie nere, come mi narrano gl'infermieri. L'estrema debolezza mi tolse per parecchio tempo la piena coscienza del mio stato, di cui non mi resta memoria. Ma dopo varî giorni, cominciato a star meglio, mi accorsi di avere un senso d'indormentimento delle estremità destre, e di non poterle muovere o contrarre colla stessa forza delle sinistre, tantochè mi venne il triste dubbio, che durante la malattia, mi fosse capitato un accidente (apoplessia). Il sangue non mi è venuto più; ma la debolezza continua ancora, benchè assai diminuita, e tuttora sento un certo torpore alla gamba e piede destro. Della vista non se ne parla: non indovino sempre la direzione della finestra, da cui viene la luce. L'appetito ora è eccellente: mi vorrebbe più cibo e più buon vino.

Dopo questo racconto a niuno può sfuggire il molto interesse e la non minore rarità e complicazione del caso. — L'amaurosi avvenuta d'improvviso ai due occhi è tal fatto, che messo al confronto col risultato dell'esame oftalmoscopico, vale a risolvere il quesito se l'atrofia abbia dato luogo all'anemia o l'anemia abbia occasionata l'atrofia. — L'atrofia primitiva del nervo ottico e retina è per sua natura un processo lento, che conduce all'amaurosi gradatamente, facendo passare la vista per tutti i diversi gradi di ambliopia. Se invece si concepisce un arresto istantaneo della irrigazione sanguigna alla retina, l'amaurosi succede immediatamente, dapprima per mancanza dello stimolo interno funzionale degli elementi nervei, rappresentato dai globuli ematici arteriosi, e più tardi per una denutrizione e atrofia retinica prodotta dall'assenza del plasma nutritore. Dunque in quel caso l'atrofia era successiva alla mancata irrigazione sanguigna nella retina. — E l'anemia istantanea e quasi completa della retina da che potea esser prodotta? — Non potrebbe pensarsi ad altro che ad un otturamento dell'arteria centrale per materia embolica, o ad una apoplessia nel decorso dell'arteria centrale nell'asse del nervo ottico.

Le emorragie del sistema vascolare della retina sono fatti non infrequenti. All'ambulatorio del Prof. Magni le ho sempre vedute in forma di macchie rosse disseminate nella retina; e non ar-

Digitized by Google

restano completamente la funzione visiva, ma producono tanti *scotomi* o punti ciechi, quanti sono i piccoli focolai emorragici. Una emorragia che si producesse nell'arteria centrale prima della sua ramificazione nella retina, potrebbe probabilmente portare l' amaurosi per compressione delle fibre del nervo ottico, e forse anche per impedimento dell'irrigazione sanguigna nella retina dopo formazione di un trombo. Ma difficilmente potrebbe concepirsi la condizione meccanica della rottura del vaso in quel punto, piuttostochè nelle sue ramificazioni capillari, ove la maggiore sottigliezza delle pareti, e la minore difesa dei tessuti circostanti, rendono più agevole la rottura e la conseguente emorragia. Oltre a ciò non conosco casi clinici e anatomo-patologici, che autorizzino questa ipotesi. Invece l'embolia dell'arteria centrale della retina non è fatto estremamente raro ad incontrarsi. Io stesso nel passato Settembre ne rinvenni in Ascoli un caso in un falegname che avea perduto istantaneamente la vista nell'occhio destro dopo una forte insolazione presa in una fiera campereccia a quattro miglia dalla città. Lo stato vascolare della retina era ridotto a poca cosa, e l'atrofia del nervo ottico e retina era già molto progredita. Coll'esame dell'infermo ritrassi segni di un certo grado di ateromasia dell'endocardio e delle pareti vasali. — Nel caso che ci occupa però si tratterebbe di ammettere la contemporanea embolia delle due arterie centrali delle retine, il che riescirebbe un caso molto singolare e strano, se dall' insieme dei fenomeni morbosi mancassero dati per farci concepire il fatto in un modo ovvio e convincente. Se appena è lecito concepire, che due piccoli emboli circolanti ascendano per le carotidi, s'incanalino per le arterie oftalmiche, e poi prendano ciascuno la via dei ramoscelli arteriosi costituenti le arterie centrali delle retine, e ne otturino il lume nel loro decorso, lungo l'asse del nervo ottico; è invece cosa abbastanza facile e naturale, che questo otturamento delle due arterie centrali delle retine avvenga nel caso, in cui s'abbia in circolo una notevole quantità di materiali embolici, una specie di ondata di granuli o pulviscoli, che prendendo le diverse vie del sistema sanguifero, otturino parecchie piccole arterie, fra le quali le due centrali delle retine. Ora precisamente quest' ultimo fatto mi sembra aver avuto luogo nel caso nostro.

Non saran certo sfuggiti all'attenzione dei Lettori alcuni fenomeni notevoli complicanti la storia del nostro infermo. — Dopo la prima ematemesi e melena cadde in uno stato di collasso e adinamia generale - quando fu trasportato all' ospedale era in preda di completo sbalordimento - dopo il secondo vomito di sangue, l'adinamia crebbe, e s' intorbidò un poco la coscienza (stato tifoide) - e lorchè cominciò a riaversi, avvertì una disestesia e discinesi specialmente agli arti destri, da mettergli il dubbio di un accidente. Quando io vidi l' infermo, di questi fenomeni egli più non avvertiva che un certo grado di torpore e indormentimento alla gamba e piede destro. Allora io, pensando che non tutte le modificazioni di senso e di moto possono esser percepite, e nell'idea di verificare obbiettivamente le asserzioni del malato, mi posi a cimentare con diversi mezzi la sensibilità e contrattilità della metà destra del corpo paragonandola colla parte sinistra. Le lunghe e minute indagini ch' io feci, e che ora sarebbe cosa noiosa e vana il ripetere, non mi condussero a risultati pienamente soddisfacenti; ma però raccolsi tanto che basta per vincere le tendenze scettiche, e per accordar fede alle deposizioni dell'infermo. — Colla mano destra egli stringeva con minor forza il mio polso che colla sinistra - col compasso di Weber notai una sensibilità minore al dorso del pollice destro che del sinistro - nelle due metà della faccia i risultati furono equivoci e contraddittori - e nell' arto inferiore destro, ove accusava un senso di torpore, i risultati tanto pel moto che pel senso furono equivoci o negativi. Dunque l' *accidente*, che avea impaurito l' infermo non c' era più; ma c' era qualcosa, che ci avvalorava la credenza che egli l' avesse temuto.

Ora chi sottoponesse alla interpretazione di un buon Clinico questi fenomeni di alterata percettività, sensibilità e motilità, successivi a forti ematemesi e melene, senza tener conto delle alterazioni endoculari, egli ne trarrebbe una risposta semplice ed ovvia: — «Si tratta di una diminuita stimolazione e nutrizione dei centri nervosi, dovuta alle forti perdite di sangue». Il buon Clinico sa che ci sono le embolie capillari multiple, che potrebbero egualmente bene spiegare quei fenomeni, ma gli mancano i mezzi per poterle diagnosticare; e quindi giudica saviamente, a rigore dei precetti baconiani, interpretandoli, come ho detto, nel modo più semplice ed ingenuo. Ma quando egli conoscesse, che quelle discinesi e disestesie furono complicate dalla improvvisa cecità, e che esistono tali alterazioni nei fondi oculari, da non poter essere interpretate che ammettendo un otturamento delle due arterie centrali delle retine; egli subito metterebbe in rapporto le alterazioni endoculari colle modificazioni del senso e del moto, ed esclamerebbe: «Bel caso! *embolie capillari multiple*». Questo giudizio - mi pare - sarebbe molto ragionevole, e Bacone non potrebbe dargli torto; perchè alla conoscenza dei due emboli delle arterie centrali delle retine ci arriva coll' oftalmoscopio, e di quelle degli altri ramoscelli del sistema vascolare, specialmente dei centri nervosi, ci arriva con un ragionamento semplicissimo. — Che gli effetti delle embolie multiple dei vasi cerebrali si sieno avvertite a prevalenza nelle parti destre del corpo, ed abbiano quasi

Digitized by Google

accennato ad una *emiplegia* destra, non offre una difficoltà insormontabile, potendosi pensare ad un numero prevalente di piccoli emboli, oppure ad otturamento di vasi più cospicui nella metà sinistra del cervello, e specialmente dei vasi dei corpi striati e talami ottici di detto lato. Niuna difficoltà poi ad intendere, che gli effetti di queste embolie dei vasi cerebrali si sieno a poco a poco dileguati, mentre la cecità prodotta dalle embolie delle arterie centrali delle retine sia persistente. — I vasi cerebrali formano un solo sistema sanguifero per le molteplici anastomosi che hanno fra loro, e pei capillari che formano una rete comune senza interruzioni. Quindi se alcuni vasellini si otturano, vi sono molte altre vie collaterali per ristabilire più o meno presto una circolazione vicaria, anastomotica nei tratti anemici. Invece i vasi della retina costituiscono un sistema sanguifero distinto, che non si confonde mediante anastomosi coi vasi della coroide, che si trovano in uno strato posteriore. Quindi un otturamento dell'arteria centrale, prima di ramificarsi nella retina, porta in questa membrana nervosa un'anemia completa e persistente. E se l'embolia accade dopo che l'arteria centrale ha dato due o tre piccoli rami vascolari, la retina riceverà il sangue di questi piccoli vasi soltanto. Ciò precisamente ebbe luogo nel caso nostro, in cui non si vedevano nella retina che due o tre vasellini filiformi. Una circolazione collaterale, che salvasse la retina dall' atrofia per insufficienza di plasma nutritore, non potea stabilirsi, mancando le anastomosi coi vasi della coroide; ma pure per quei due o tre vasellini rimasti pervii potea aver luogo un certo grado di compensazione in un modo diverso. Tutto il sangue dell' arteria centrale, dopo l'embolia nel punto indicato, non avendo altri sbocchi che quelli delle due o tre ramificazioni rimaste pervie, in queste aumenterà necessariamente la tensione intravascolare, che a poco a poco le farà dilatare, ne accrescerà la capacità, e così la retina sarà irrigata da maggior copia di sangue. Noi potevamo adunque fin d'allora prevedere, che tornando ad osservare coll' oftalmoscopio l'infermo dopo parecchi giorni, noi avremmo riscontrato nei fondi oculari un certo grado di modificazione terapeutica, avremmo cioè veduti quei tre vascellini fatti più cospicui, avremmo veduti iniettati altri piccoli vasi, che prima non apparivano, e forse in conseguenza di ciò, un certo grado di miglioramento nella percezione luminosa. — Gli è precisamente quello che accadde: — Una ventina di giorni dopo, tornati ad esaminare l'infermo, rinvenimmo una maggiore irrigazione sanguigna nella retina, e un sensibile aumento di percezione quantitativa della luce, da saperci indicare la direzione del lume. Questo fatto valse a confermare la nostra previsione, ed a controllare la verità della fissata diagnosi. Noi però non potevamo tant' oltre spingere le speranze, da prognosticare un ripristinamento graduato della virtù visiva, perchè l' atrofia delle retine, per insufficienza di plasma nutritore, dovea naturalmente procedere con maggiore rapidità del successivo accrescersi dell' irrigazione sanguigna.

Ed infatti - tornati a vedere l' infermo a lunghi intervalli - abbiamo sempre riscontrato un aumento notevole della vascolarizzazione retinica, ma un grado di atrofia sempre maggiore del nervo ottico e della retina; percui per esito definitivo si è avuta l'abolizione completa anche della semplice percezione quantitativa della luce. — Ecco le condizioni meccanico-fisiologiche, per cui gli effetti dell' embolia delle arterie centrali delle retine nei punti indicati doveano essere persistenti e inamovibili. — Non così gli effetti delle embolie multiple dei piccoli vasi del cervello, potendo lassù stabilirsi una circolazione collaterale, magari per la rete capillare, da recare più o meno prontamente una compensazione perfetta agli intoppi della normale irrigazione ganguigna, supponendo naturalmente che il numero degli emboli non fosse tale da rendere impossibile questa compensazione. Laonde ne avvenne, che mentre l'amaurosi si mantenne, i sintomi di senso e di moto si andarono dileguando con certa rapidità; e quando vidi la prima volta l' infermo, non ne rimanevano che tracce oscure ed equivoche, le quali pure scomparvero negli esami successivi.

Colla interpretazione dei fenomeni finora presi a discutere possiamo fin d'ora stabilire questi fatti importanti: 1.° *che l'amaurosi era dipendente dall' atrofia pellucida delle retine, la quale era l' effetto dell' anemia da embolie delle arterie centrali;* 2.° *che le alterazioni di moto e di senso, che furono avvertite dall'infermo specialmente alla metà destra del corpo, erano anche esse prodotte da embolie di alcuni piccoli vasi cerebrali, e specialmente dei corpi striati e talami ottici sinistri.*

Per seguitare l' esame e l' interpretazione del caso ora fa d' uopo accedere ad un altro ordine di ricerche; e il primo quesito, che ci si presenta, è *di rinvenire le condizioni della genesi della materia embolica.* Bisogna perciò richiamare alla mente le diverse contingenze morbose, che possono occasionare la formazione e trasporto nel circolo di piccoli granuli embolici. — Per limitare il campo delle indagini, possiamo senz' altro escludere che i pulviscoli embolici potessero nel caso nostro provenire dal sistema venoso o dal cuore destro, nel qual caso le embolie capillari avrebbero avuto luogo nel sistema della vena porta, oppure in quello dell' arteria polmonare. Non ci rimane adunque che considerare le condizioni per la formazione di materia embolica nel sistema aortico e nel cuore sinistro. — È da fissare da prima che i granuli embolici possono esser costituiti dagli elementi del sangue, oppure dagli elementi delle pareti del cuore o dei vasi, oppure

Digitized by Google

dagli elementi di focolari esterni aperti nelle cavità del cuore o dei vasi: è Feltz che fa questa utile e lucida distinzione. A ciascuna delle tre specie di emboli corrispondono differenti condizioni patogeniche, ossia alterazioni patologiche diverse capaci di dar luogo alla loro formazione. Per stabilire nel caso nostro la natura dei materiali embolici, e la loro condizione patogenica, è necessaria la ricerca di tutti i dati valevoli alla risoluzione del problema. La storia e il decorso del morbo, che già conosciamo, non basta: fa d'uopo raccogliere dati più eloquenti con un esame accurato del cuore e dell' arco aortico. — Noi facemmo diligentemente questo esame, servendoci di tutte le diverse maniere d'indagini, ed ottenemmo i seguenti risultati: — Coll'ispezione e palpamento nulla di rilevante - colla percussione ritraemmo un' area cardiaco-vascolare di forma normale e di estensione proporzionata al grosso torace dell'infermo - e coll'attenta ascoltazione nei diversi punti di detta area e nelle carotidi, non ci fu dato avvertire alcuna modificazione patologica dei due tuoni cardiaci, i quali però erano tardi, piuttosto cupi e lontani. — Le arterie radiali non presentarono segni di ateromasia, e la loro diastole era abbastanza molle ed espansa.

Questi risultati negativi ci conducono tosto ad escludere con tutta sicurezza qualunque specie di cardiopatia o tumore aortico, e conseguentemente qualunque formazione di materia embolica per un distacco di *detritus* dalle pareti interne del cuore o dell'arco aortico, o per un versamento *ab extrinseco* di materia embolica nelle loro cavità. Sicchè non ci rimane che ammettere la genesi di emboli per modificazione degli elementi del sangue.

I piccoli emboli possono esser prodotti dagli elementi del sangue in conseguenza di diverse discrasie. Così nella leucemia la forte quantità di globuli bianchi è un importante fattore delle embolie capillari, avendo i leucociti la facoltà di aderire alle pareti dei vasi e di agglutinarsi fra loro, in modo da ostruire i piccoli vasi, ed opporre all' urto del sangue un valido intoppo. Così nella melanemia da febbri intermittenti inveterate, i granuli pigmentali, in parte conglomerati a modo di zolle, producono embolie, passando pei vasi più o meno capillari, il calibro dei quali è minore del loro volume. Così in uno stato particolare del sangue, che fu appellato *inopessia*, e che consiste in una maggiore coagulabilità della fibrina, si formano facilmente piccoli granuli fibrinosi per combinazione del fibrinogeno colla paraglobulina del sangue, secondo la teoria dello Schmidt, i quali granuli vanno ad otturare i piccoli vasi che non possono attraversare. Questa inopessia può dipendere dal cangiamento delle condizioni tuttora problematiche che normalmente mantengono disciolto nel plasma del sangue le materie fibrino-plastiche e fibrino-geniche, come avviene nei casi di reumatismo articolare accompagnato da endocardite, in cui accade che sulle valvole infiammate del cuore si depositi la fibrina allo stato granulare, che portata in circolo, diventa materia embolica. Altre volte un semplice rallentamento anormale del corso del sangue può dar luogo alla formazione di coaguli fibrinosi nelle cavità del cuore o nelle pareti interne dei vasi, i quali coaguli, non contraendo aderenze, subiscono la metamorfosi retrograda, si rammolliscono, e versano in circolo delle granulazioni adipo-fibrinose, che dan luogo ad embolie capillari multiple. — Ora fra tutte queste condizioni produttrici di materia embolica costituita dagli elementi del sangue, quale ebbe luogo nel caso nostro? Per rispondere a questo quesito è necessario esporre lo stato obbiettivo dell'infermo rispetto agli organi emopoetici e la crasi sanguigna. — Non rinvenni nel sistema glandulare linfatico alcuna sensibile ipertrofia nei diversi punti in cui è accessibile all' esplorazione - la milza non giungeva all'arcata costale che nelle profonde inspirazioni, e con metodica percussione la costatai di forma e volume normale - il fegato, anch' esso di forma e volume fisiologico, sporgeva di qualche centimetro dall' arcata costale destra. Per mancanza di microscopio in quell'ospedale non potei esaminare - come era mio desiderio - lo stato dei componenti anatomici del sangue; ma la pallidezza della cute e delle mucose additava abbastanza lo *stato idroemico semplice*, conseguenza delle forti perdite di sangue. L' ultima volta poi che fui a visitare l'individuo già uscito da S. Orsola, lo rinvenni sì fattamente migliorato nella sua nutrizione generale e nel suo colorito, da bastar questo solo ad escludere che in esso avesse avuto luogo una qualunque profonda e permanente discrasia per alterazione degli organi emopoetici. Di più la storia della malattia e della vita passata dell' infermo - come vedremo fra poco - non sommistra alcun dato che possa farci sospettare queste condizioni morbose. Dopo ciò possiamo con sicurezza escludere che la materia embolica fosse data dallo stato leucemico o melanemico. — Non avendosi avuto nel decorso del morbo alcun segno di endocardite, possiamo ancora escludere la formazione di coaguli granulari di fibrina nell'endocardio. Sicchè non rimane che fissarci nel concetto, che nel caso nostro la materia embolica fosse provenuta da rammollimento di coaguli fibrinosi depositati nella cavità del cuore sinistro per un rallentamento patologico della emodinamica. — Questa patogenesi si accorda benissimo colla natura dei fatti che han preceduto le embolie. Il fenomeno importante, con cui si schiuse la scena minacciosa del morbo, fu una forte perdita di sangue per ematemesi e melena; ora l' emorragia, diminuendo la massa sanguigna e la stimolazione nervosa, porta necessariamente un rallentamento del circolo; - ecco dun-

Digitized by Google

que l'anello di congiunzione fra due disparati fenomeni « l' emorragia e l' embolia ».

Spiegata in tal modo la genesi della materia embolica, non ci rimane che trovare le condizioni esterne ed interne delle ematemesi e melene. — Una gastrorragia per rottura di qualche cospicuo vaso del ventricolo è la sola condizione immediata, che valga a spiegarci i copiosi vomiti di sangue, susseguiti da melena. Questa rottura poi può essere l' effetto di una accresciuta tensione intravascolare, oppure di una alterazione attiva o passiva delle pareti dei vasi, o di tuttedue queste condizioni. Le iperemie attive delle gastriti non danno per solito che lievi emorragie capillari; ma le forti stasi venose della mucosa del ventricolo possono occasionare la rottura anche di vene cospicue dello stomaco, e produrre copiose ematemesi e melene. Queste stasi venose sono quasi sempre l' effetto di inceppata circolazione della porta, o per pileflebite e piletrombosi; o per ostruzioni di capillari epatici, o per cirrosi del fegato, ecc. Le pareti vasali dello stomaco poi possono rompersi per traumi esterni od interni, per erosioni conseguenti ad ulcera cronica o carcinoma, o per una lacerabilità vasale congenita come ha luogo nella *emofillia*, o per una lacerabilità acquisita, che sussegue a malattie esaurienti, e a stato scorbutico.

Per rinvenire quale di queste condizioni della gastrorragia si verificò nel caso nostro, è indispensabile la conoscenza dello stato obbiettivo del ventricolo. — Fin dal primo esame che feci dell' infermo, la regione epigastrica non accennava alla ispezione alcuna anormalità delle viscere sottostanti; col palpamento e colla pressione, specialmente alla regione pilorica, non si sentiva alcuna durezza od accresciuta resistenza, nè l' infermo si lagnava di dolore in alcun punto; - colla percussione lo stomaco apparve leggermente dilatato, perchè dall' apofisi xifoide giungeva a tre dita trasverse al disopra dell' ombelico. — Tutto questo ci basta per aver buono in mano onde fare una bella esclusione. — Non si può pensare a carcinomi o ulcere croniche perchè non s' aveano tumori nè dolori, e la storia risponde negativamente; non a stasi venosa per malattia di fegato, perchè nell' anamnesi nulla accenna a questo viscere, il quale fu trovato di forma e volume normale; non a stasi venosa per pileflebite o piletrombosi, perchè mancò affatto l' itterizia, che dovrebbe necessariamente tener dietro alla obliterazione della vena porta, per forza assorbente delle vene rimaste vuote sulla bile contenuta nei condotti biliari, e per stasi della bile nei suoi canali, poichè l' occlusione della porta sospende almeno in parte la bilificazione, e così viene a mancare alla bile la *vis a tergo*, che la fa camminare; di traumi esterni od interni non ne parliamo, perchè non ne parla la storia. Dunque non rimane che pensare ad una maggiore lacerabilità delle pareti dei vasi; - non congenita come si ha nell'emofillia, perchè in questa grave abnormità, dicono che le emorragie anche di piccoli vasi sono infrenabili, e portano quasi sempre la morte per dissanguamento, e da noi per fortuna non è conosciuta o è ostremamente rara; non per malattie esaurienti, che abbiano fatto degenerare le pareti dei vasi, perchè nel caso nostro la gastrorragia non è stata preceduta da questi mali; ma sibbene per una lenta denutrizione delle pareti vasali come si verifica nello scorbuto. — Veramente dall' esame obbiettivo dell' infermo non apparvero segni manifesti di un processo scorbutico in corso, se si eccettui l' alito cattivo e lo stato delle gengive, le quali erano turgide, fungose, non coprivano il colletto dei denti, e sanguinavano facilmente col fregamento. Vediamo però se dalla storia della vita passata dall' infermo, prima dell'ultima malattia già nota, possiamo rinvenire per avventura dei fatti, che depongano in favore almeno d'una predisposizione allo scorbuto.

Mariano M. non rammenta di avere sofferto malattie apprezzabili nei primi tempi di sua vita. A 18 anni racconta di aver ricevuto un colpo di bastone alla testa, che lo fece cader tramortito per parecchie ore. Fuvvi molta emorragia e frattura di un osso parietale, per guarire della quale furono necessari quattro mesi di decubito. La salute peraltro tornò vigorosa, senza lasciare alcuna conseguente anomalia. Questo fatto però sembra avesse inasprito il suo animo, e resolo facinoroso e sanguinario. Infatti poco appresso (a 19 anni) commise un omicidio, pel qual crimine fu imprigionato, e poi dannato a venti anni di lavori forzati. Dei patimenti dell' ergastolo ne risentì ben presto la sua salute, che si fece languida e malaticcia; tuttavia attendeva ai lavori di tessitore, a cui era obbligato. Il poco e cattivo cibo e il niente vino depressero a poco a poco lo stato della nutrizione, e fiaccarono gli odî e la ferocia dell' animo suo. Come naturale conseguenza di queste miserie gli cominciarono a sanguinare le gengive, e più tardi gli apparvero echimosi diffuse alle gambe, e tutti i fenomeni di uno *scorbuto* grave. La guarigione non potè esser che lenta, perchè rimanevano sempre le cause, che gli aveano prodotto quel male. Poco tempo dopo ebbe un esantema disseminato in tutto il corpo in forma di grosse croste marciose, da doversi approssimativamente caratterizzar per *ectima*, che gli durò circa un paio di mesi, e di cui guarì dopo unzioni, decotti e bagni marini. Questo accadde soltanto nei primi anni della sua prigionia, perchè negli anni appresso il miglioramento progressivo del vitto, la lunga abitudine a quella maniera di esistenza, e forse anche la speranza sempre più viva del ricupero della libertà, influirono a conservargli una discreta salute, sicchè non ebbe più a soffri-

Digitized by Google

re malattie da lasciar rimembranze. — Restituito alla società nel 1863, si occupò dei lavori di ferrovia e specialmente negli scavi di gallerie, in cui si espose a gravi cause reumatiche, senza che la sua salute ne soffrisse gran fatto. Negli ultimi 3 anni poi, dopo essersi maritato con una vedova, si diede al mestiere del barocciaio, in cui si espose a venti e pioggie. Queste circostanze precorsero l'ultima malattia, di cui ci siamo occupati. — Fra le abitudini di quest'uomo non è da porsi l'abuso di vino nè di Venere; dice bensì di essere stato buon mangiatore, e di cibi difficili e rozzi.

Questi cenni della remota vita avvalorano non poco l'idea che per causa predisponente delle gastrorragie debba ritenersi lo stato scorbutico, siccome porta una denutrizione e minore resistenza delle pareti vasali. — Per renderci conto poi per qual motivo l'emorragia abbia avuto luogo nel ventricolo piuttosto che in altre regioni, giova richiamar l'attenzione su parecchi fatti: - il troppo e cattivo alimento, di cui l'infermo era solito a cibarsi - il grado di dilatamento di stomaco costatato coll'esame obbiettivo; - le cause reumatiche che precedettero - i fenomeni febbrili con cui, secondo asserisce l'infermo, ebbe principio la forma morbosa. Dopo questi fatti, che tutti collimano a significare uno stato catarrale e dispeptico della mucosa gastrica, di cui l'atonia del viscere da un lato, e la febbre dall'altro, non sono che le conseguenze più ovvie; qual difficoltà concepire la rottura di una qualche vena del ventricolo, già preparata a rompersi per lo stato scorbutico dell'infermo?

Qui si chiude la serie delle considerazioni diagnostiche, perchè dalle ultime conseguenze del processo morboso, noi siam risaliti bel bello fino al suo principio, che è la causa interna predisponente e la causa esterna determinante. Questo è il mio metodo, ed è - mi pare - il metodo della scienza. — Per giungere alla cognizione del processo morboso non si può cominciar dalla causa patologica e poi seguire la serie dei movimenti morbosi, che le tien dietro, secondo la logica della deduzione; ma conviene cominciare dagli ultimi effetti, ed ascendere in senso retrogrado fino alla prima causa, secondo la logica della induzione. Le cause morbose essendo accidentali, non son capaci che di azioni accidentali; esse adunque non contengono gli effetti che producono come necessità, ma come semplici possibilità. La fallacia dell'*hoc post hoc, ergo ex hoc* non deriva solo da che un effetto naturale può esser prodotto da cause varie, ma anche da che una sola causa naturale è capace di affetti diversi.

Intanto siccome la critica induttiva dei fenomeni morbosi ha per iscopo la conoscenza possibilmente adequata dell'intiero processo patologico secondo la sua evoluzione naturale, così dopo che il Clinico dagli ultimi risultati patologici si è fatto strada man mano fino al principio del morbo, egli dee discendere rapidamente per la scala dei fatti, rifacendo in senso inverso il suo cammino, per formulare la *diagnosi del processo*, come ha avuto luogo in natura. Noi rimane a fare quest'ultima operazione, che viene ad esser il risultato e la conclusione del lavoro.

Abbiamo una denutrizione scorbutica delle pareti vasali, che predispone l'individuo alle emorragie. Cattiva alimentazione e cause atmosferiche, che producono un catarro gastrico, dispepsia, e conseguente dilatazione del ventricolo. A ciò si aggiunge un movimento nervoso febbrile (febbre gastrica), che aumenta la congestione dei vasi dello stomaco, i quali essendo facilmente lacerabili, dan luogo ad una gastrarragia, riconosciuta pei fenomeni delle ematemesi e melene, indotte dalla presenza del sangue nello stomaco e poi nell'intestino. La gastrorragia diminuisce la tensione vasale, e sottrae parte di stimolo nervoso; per la qual cosa ne segue un rallentamento notevole della emodinamica, che occasiona il deposito di coaguli fibrinosi nella cavità del cuore sinistro. Questi coaguli si rammolliscono e portano nel circolo aortico una certa quantità di granuli adipofibrinosi, i quali per le carotidi giungono ad otturare le due arterie centrali delle retine, e parecchi vasi cerebrali, specialmente dei talami ottici e corpi striati di sinistra. Le embolie cerebrali producono sbalordimento (stato tifoide), e discinesi e disestesia specialmente agli arti destri, i quali fenomeni si vanno a poco a poco dileguando collo stabilirsi nei vasi ostruiti del cervello la circolazione collaterale. E le embolie delle arterie centrali delle retine portano anemia di queste membrane nervose. L'anemia retinica porta immediatamente l'amaurosi per mancanza di stimolo, e più tardi atrofia da insufficiente nutrizione. All'atrofia pellucida delle retine tien dietro anche l'atrofia dei nervi ottici *ex anopsia*, che è l'ultimo esito definitivo del processo morboso.

Ecco la diagnosi fisio-patologica. La mi è parsa storia abbastanza curiosa ed istruttiva. L'interpretazione dei fenomeni, per quanto possa apparire speciosa ed artificiale, mi sembra in accordo coi sani criteri fisiologici. Per chi amasse verificare i fatti, il povero cieco abita a Bologna, via Torleone, N. 168.

Marzo 1869.

Digitized by Google

Eziologia delle malattie mentali in rapporto alla prognosi e cura

Studio fatto nella Clinica delle Malattie Mentali della R. Università di Pavia

DAL

Dott. CAMILLO GOLGI.

(Sunto.)

L'eziologia delle alienazioni mentali è ancora uno degli argomenti più oscuri e controversi, e la ragione principale di ciò sta nel falso indirizzo, che finora si ebbe nello studio della psichiatria.

Infatti gli alienisti colpiti dai fenomeni psichici degli alienati, preoccupati da antichi sistemi filosofici, a priori fissarono, che l'eziologia dell'alienazione dovesse essere nella sfera psichica, e perciò non si diedero pensiero di fare indagini di altra natura; ond'è che la patologia mentale riescì una scienza del tutto astratta, che quasi anzi non si poteva dire scienza.

Inspirandomi alle idee della scuola psichiatrica di Pavia, la quale prendendo a vessillo il *provando e riprovando*, condusse anche la psichiatria ad un indirizzo sperimentale, mi applicava allo studio dell'eziologia dell'alienazione mentale; e per far ciò studiai gli alienati raccolti nella clinica pavese, passando in rivista una per una le storie dei singoli casi, interrogando i parenti, esaminando gli alienati, adoperando nell'esame tutti i mezzi, che l'odierna arte diagnostica suggerisce.

Soprattutto mi studiai di accumulare fatti, avvegnachè questi siano sempre fecondi di qualche vantaggio, rimanendo come un campo neutro di cui tutti ponno approfittare.

Ecco senz'altro i risultati delle mie ricerche.

Lo studio fu condotto sopra 210 alienati negli anni 1867-68.

L'influenza dell'eredità maniaca e delle malattie nervose venne riscontrata nella proporzione del 70 per 100 dei casi. — L'aver poi trovati frequentissimi nei parenti degli alienati certi gruppi morbosi apparentemente estranei al sistema nervoso, come la tisi, le affezioni cutanee dette erpetiche, le malattie di cuore, la rachitide ecc., nel rapporto cioè del 14 per 100, mi fece sospettare che esista fra loro un rapporto patogenico, e che possano a vicenda sostituirsi nelle trasmissioni ereditarie. — Lo studio delle cause dirette della pazzia confermò pienamente l'esistenza di tale rapporto.

Studiando l'influenza ereditaria in rapporto alle guarigioni, mi risultò che gli alienati dietro eredità maniaca o di malattie nervose offersero il 42 p. 100 di guarigioni, quelli con eredità di altre malattie il 54, e il 52 p. 100 quelli affatto esenti da predisposizione ereditaria.

Non v'ha alcun carattere fisico e morale, che si possa considerare quale segno distintivo, assoluto, della pazzia ereditaria. — La cattiva conformazione del cranio, l'anormale impianto dell'orecchio, l'arresto di sviluppo della persona, e le anomalie dei genitali, tutti i caratteri fisici insomma, che si dissero propri della pazzia ereditaria, isolatamente o associati si rinvennero solo sul 20 p. 100 dei casi ereditari.

La più frequente di tutte queste anomalie fu la cattiva conformazione del cranio, trovata nella proporzione del 15 p. 100 negli ereditari, e del 2 p. 100 nei non ereditari. — La più frequente delle deformazioni craniche fu la plagiocefalia, quindi la microcefalia, poi l'ultra-dolicocefalia, meno frequente di tutte fu l'ultra-brachicefalia.

Gli alienati a cranio deforme diedero guarigioni in un numero di poco inferiore a quello degli alienati a cranio ben conformato. — La microcefalia e l'ultra-brachicefalia furono le deformità, che influirono più sinistramente sulle guarigioni.

Quanto all'influenza dell'eredità sulla specie e sull'andamento dell'alienazione, ebbi solo a rimarcare essere prevalentemente ereditarie le forme più gravi di pazzia, come la *monomania*, la *demenza*, la *mania da paralisi progressiva*.

In genere si mostrò prevalente l'eredità paterna, ma nei casi più gravi parve influire di più l'eredità materna.

Circa il 20 p. 100 degli alienati offerse tendenza ai delitti, e la metà di questi alienati contavano fra i prossimi parenti qualche individuo, che aveva subite condanne per crimini. Queste cifre valgono, senz'altro commento, a dimostrare sempre più, che la tendenza ai delitti è spesso, come la pazzia, la manifestazione di una morbosa predisposizione ereditaria; e però di questo fatto devesi sempre tener calcolo tanto nello studio dell'eziologia dell'alienazione, come in talune ricerche medico-legali.

Fra le cause dirette della pazzia importantissima è l'alimentazione. — La mania pellagrosa è la prima rappresentante di questa specie; essa viene favorita dalla cattiva alimentazione, e si complica spesso con affezioni croniche, massime cardiache, e ad anemia, ma la causa essenziale è l'uso del maiz ammorbato.

Vi ha poi una forma di mania veramente causata dall'insufficiente alimentazione, e che si potrebbe denominare mania da marasmo, o mania marantica; tale forma assomiglia in alcuni casi alla pellagra, ma il più delle volte si può differenziare dalla medesima per la mancanza costante del vero eritema e della rigidità dei muscoli, e per la facile guaribilità anche negli stadi più inoltrati della malattia. — Io riferì anche il cretinismo alle malattie mentali causate dall'alimen-

Digitized by Google

tazione, perchè le poche osservazioni da me raccolte in proposito confermarono l'opinione ammessa da quasi tutti gli autori, che esso sia causato dall'uso continuato delle acque, che abbondano di sali calcarei.

Dalle mie ricerche risulta evidentemente, che le cause morali hanno d'ordinario un'importanza affatto secondaria. — Infatti solo 5 p. 100 furono i casi di mania da sola causa morale. — In molti altri casi lo scoppio della pazzia fu bensì determinato da una causa morale, ma in questi o esisteva predisposizione ereditaria, o si associava qualche altra causa fisica.

Fecondo di pratiche applicazioni fu lo studio dei rapporti patogenici fra le malattie mentali e talune malattie apparentemente estranee al sistema nervoso, come affezioni cardiache, polmonari, gastriche ecc. I casi di alienazione, il cui sviluppo e decorso con tutta evidenza si collegava strettamente con le accennate affezioni, furono nel rapporto del 20 p. 100. Tali forme, a seconda dell'affezione che le causava, vennero denominate manie erpetiche, cardiache, gastriche ecc.; il loro carattere generale più importante è di avere una grande sensibilità pei rimedi, che hanno una azione speciale sulle malattie dei visceri, da cui la psicopatia dipende, e sono quindi le forme più guaribili; infatti mediante una terapia inspirata a tali principi questa classe di alienazioni offerse circa il 90 p. 100 di guarigioni.

I caratteri speciali di ciascuna di queste specie di alienazioni si possono brevemente riassumere come segue:

La mania cardiaca assume più comunemente la forma di melanconia, spessissimo con tendenza al suicidio. Migliora o guarisce facilmente coi rimedi che hanno un'azione elettiva sul cuore, e specialmente colla digitale, coll'aconito, e coll'arsenico, ma recidiva anche facilmente.

La mania da tisi ha per caratteri, oltre ai segni stetoscopici, il grande dimagramento, la straordinaria diminuzione del peso del corpo; non ha caratteri psichici speciali, tuttavia pare che in essa, a differenza che nelle altre forme, si conservi sempre la sensibilità affettiva. Il suo corso è rapido e favorevole, cedendo assai facilmente all'uso dell'aconito, del iodio, del sal marino, carbonato calcare, olio di merluzzo e lauta alimentazione. La tubercolosi non migliora sempre col migliorare della mania, ma non peggiora colla guarigione di essa.

Anche la mania gastrica si manifesta il più delle volte con tendenza alla malinconia. In questa forma, più che in altre, è frequente il pervertimento dell'istinto della nutrizione, cioè la tendenza a mangiar sostanze strane e schifose, la sitofobia, e il mutismo. — La si combatte con successo coi rimedi, che hanno un'azione elettiva sullo stomaco, come ignazia, noce vomica, carbone, bismuto.

La mania uterina è specialmente caratterizzata dalla tendenza all'erotismo e alla ninfomania, in sproporzione e contraddizione dell'età e condizione delle maniache, ed è una delle forme più ribelli alla terapia.

La mania erpetica non ha caratteri psichici speciali, potendo assumere la forma di vera mania, di monomania, di melanconia, e guarisce facilmente collo zolfo, arsenico e grafite.

Riguardo all'influenza delle professioni sullo sviluppo dell'alienazione, io ebbi solo a notare, che i contadini diedero la grande maggioranza degli alienati accolti in questo maniconio, e ciò devesi in parte alle condizioni del maniconio medesimo, nel quale vengono preferibilmente accettati i poveri, ma in parte devesi anche a ciò, che i contadini devono sottostare in modo speciale ad alcune cause fisiche, come la insolazione, la cattiva alimentazione, la pellagra.

L'età nella quale io riscontrai più frequenti le alienazioni è dai 30 ai 40 anni, segue appresso il periodo dai 20 ai 30, poi quello dai 40 ai 50, e quello dai 50 ai 60, e da ultimo l'età dai 10 ai 20 anni, e l'età infantile, la quale somministrò pure qualche esempio di pazzia.

Le forme ereditarie furono più frequenti nella prima età, le non ereditarie invece prevalsero nell'età virile.

Nell'età dai 15 ai 25 anni è frequente una forma particolare di pellagra maniaca, descritta dal Prof. Lombroso col nome di *mania pellagrosa con arresto di sviluppo*, ed è caratterizzata da un arresto di sviluppo di tutto il corpo e massime dei genitali, con precocità e permanenza delle facoltà intellettuali; è curabile con mezzi assai semplici, come cloruro di sodio, ferro ed acido arsenioso.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Guénau de Mussy. — *Sul prurito della vulva.* — Gaz. des Hôp. 115, 118, 120, 1868.

Il prurito della vulva è un'affezione assai molesta, essendovi sempre bisogno di grattarsi, e di fare fregagioni rozze e ripetute nel sito pruriginoso. Sebbene quest'affezione sia spesso leggera, sopportabile e transitoria, recidivante però di quando in quando (specialmente all'epoca mestruale), pure sonovi alcuni casi, in cui si eleva ad una violenza a mala pena sopportabile, sempre però all'epoca dei mestrui, e massime alla sera in letto. La gravidanza ne è una causa molto

Digitized by Google

frequente, e precisamente suscita le forme più moleste, in cui il senso di prudore può estendersi fino al collo uterino (secondo Churchill anche per breve tempo dopo il puerperio; talvolta eziandio in un' epoca determinata di ciascuna gravidanza). Durante il parosismo le pazienti non ponno resistere alla voglia di grattarsi, e sfuggono perciò dalle persone; ed anche quando conoscono, che la causa della malattia sta per intero nel prurito, tuttavia l' impressione momentanea fa tacere tutte le misure di precauzione, di modo che le donne sono costrette a tagliarsi le unghie fin quasi alla radice per non ferirsi nel grattarsi, spesso restando queste coperte di sangue. Al dolore del grattarsi si accompagna allora un senso voluttuoso, come nel solletico, che scuote tutto il sistema nervoso; oppure il prurito della vulva eccita il senso sessuale, mentre poi il coito è impedito da sensibilità spasmodica della vulva e della vagina o da spasmo muscolare; oppure il coito è senza senso di eccitazione per le femmine, e fa aumentare il senso del prurito; o lo fa scomparire momentaneamente, a modo che conduce alla mastuprazione, e quando avvi disposizione all' isterismo, specialmente alla forma ipocondriaca e melanconica del medesimo. Per l' insonnio, la mancanza di appetito e la dispesia sviluppasi l' anemia. In oltre col prurito si accompagnano fenomeni locali di gran peso. Fatta astrazione dalle lesioni che provengono dal grattarsi, trovansi alterazioni di struttura dei genitali esterni in seguito di congestione cronica; le ninfe si allungano, si ipertrofizzano e si coprono di varici, superficialmente la mucosa appare scabra ed inspessita, come la cute esterna ed il prepuzio della clitoride. Con questo stato delle ninfe l' affezione non si può misconoscere, però nei casi leggeri e poco inveterati, in cui le ninfe sono soltanto leggermente arrossate, inspessite, come edematose, la diagnosi è meno facile; in allora il coito per lo più non è possibile, estendendosi il rossore eritematoso e la gonfiezza fino nella vagina, che è assai sensibile: anche l' emissione delle orine può essere assai dolorosa. Récamier pure vide combinarsi la prurigine della cute colle varici. In un caso che datava da 7 anni, ed in cui eransi sviluppati enormi fasci di varici in ambedue le ninfe, l' autore potè ottenere la guarigione colle bagnature fatte con una debole soluzione di sublimato.

Eziologia. — 1) *Parassiti* provenienti da organi limitrofi: ossiuri vermicolari, i quali per l'irritazione dei nervi dell' intestino retto e della vulva producono spesso disordini gravi, specialmente nelle ragazze in tempo di notte (in cui emigrano). L' introduzione nel retto di stuelli spalmati di pomata mercuriale porta la guarigione in 3-4 giorni; internamente piccole dosi di calomelano ripetute parecchie volte, con pause di 8 giorni, le lavande fredde con infuso di tanaceto, talvolta le irrigazioni fredde nel retto, mediante clisteri a pompa.

2) *Pediculi pubis:* pomata mercuriale, bagni di sublimato, lavande con infuso di tabacco.

3) *Erpete tonsurante* (tricophyton).

4) *Certe affezioni della vescica* suscitano il prurito: i calcoli (analogamente al prurito del ghiande nei maschi), i polipi uretrali, la glicosuria.

5) *Il catarro dell'utero*, quando in seguito dello stimolo prodotto dallo scolo nasce un eritema della vulva (simile al rossore del labbro superiore nelle infreddature).

6) *Il semplice prurito nervoso*, che può aver sede anche nella vulva: nasce talvolta per indigestione, (dopo aver mangiato dei crostacei), o per influenze atmosferiche su base per lo più artritica. Bazin infatti notò la dipendenza di certe affezioni cutanee dall' artrite o da un' altra diatesi qualunque. Avendovi disposizione, sono cause occasionali i movimenti dell' animo e gli eccessi di ogni specie.

7) *La sifilide e la blennorrea* con vegetazioni nella vulva favoriscono il prurito, e così pure

8) *certi stadi dello sviluppo fisiologico*, come il periodo di dentizione, di pubertà, non che la menopausa.

Le lesioni che offrono quelle donne, che soffrono di prurito alla vulva, variano dalla semplice intertrigine (esacerbantesi specialmente di notte nelle artritiche, chiamata da Sydenam visita notturna) con o senza eruzione di papule e di furuncoli, fino alla pitiriasi, alla prurigine, erpete ed eczema della vulva.

Una signora di 35 anni, specialmente sotto le epoche mestruali, da 15 mesi soffriva di granulazioni del collo uterino e di leucorrea, con prurito quasi continuo nelle parti genitali esterne; la costituzione era deperita pel continuo eccitamento sessuale. Si trovò un eczema con carattere sub-acuto nelle grandi e nelle piccole labbra, ed ogni epoca mestruale sembrava aumentare l' affezione erpetica. La guarigione fu procurata dapprincipio con lavande alcaline molto calde e con bagni, poi con deboli lavacri di sublimato e bagni: in seguito però svilupparonsi pitiriasi del capo, blefarite e bronchite cronica, diarrea, le quali affezioni l' autore le fa dipendere dalla stessa diatesi.

Il decorso può essere acuto, sub-acuto, cronico.

Terapia. — A) *Cura esterna contro la forma acuta:* bagni ammollienti, amilacei, ai quali si possono aggiungere decozioni di capi di papavero od infuso di foglie di lauro ceraso. Sono vantaggiosi i cataplasmi di riso o di amido, le lavande con infuso di belladonna o di aconito, le doccie di acqua polverizzata od ammollienti o narcotiche. In caso di simultanea iperestesia della vulva sono da raccomandarsi le soluzioni di bromo, le polveri di farina di riso e radice di belladonna, op-

Digitized by Google

pure il tannino. Landry raccomanda la cauterizzazione della superficie interna delle ninfe con nitrato d'argento. Fra le sorgenti minerali l'autore raccomanda quelle di Néris, Luxeuil, Pfeffers ed Ussat. Nell'eczema e nell'erpete giovano le infusioni di fiori di sambuco, i cataplasmi con thè di camomilla. In generale le lavande tiepide ed anche le calde eccitano minor dolore delle fredde. — La *forma sub-acuta* svanisce parimenti sotto le lavande calde, specialmente però con una debole soluzione di sublimato, più di rado cogli alcalini, in altre colla glicerina unita al calomelano, all'estratto di belladonna, al tannino od alla benzina. Se la malattia ha sede intravaginale sono da raccomandarsi le iniezioni con decotto di riso e capi di papavero o di semi di cotogno e borace, o con infusioni di sambuco e aconito, o di malva e camomilla. Talvolta ha pure buon successo l'introdurre stuelli d'ovatta spalmati con glicerina, che si lasciano in sito parecchie ore ogni giorno. La *forma cronica*, specialmente la torpida, richiede gli stessi mezzi locali, però in più forte misura, quindi i bagni solforosi, che spesso nuocono nelle forme leggere. Inoltre sono da raccomandarsi i bagni minerali caldi, come quelli di Saint-Sauveur (Pirenei) ed alcune fonti di Cauterets, o le fonti sulfuree ricche di alcalini, come pure le acque contenenti iposolfiti, come quelle di Amélie, Moligt, Ax, Saint Gervais, Schinznach e via dicendo. Ai bagni si può aggiungere: ½-1 libbra di gelatina, oppure un decotto di semi di lino, di crusca, o di amido, ovvero si uniscono 25, 50-100 grammi di carbonato di soda con 4, 8, 12-16 grammi di proto-solfuro o di penta-solfuro di sodio; per un bagno più stimolante 20, fino a 40 (molto di rado) grammi di penta-solfuro di sodio. Il fegato di zolfo a 125 grammi per dose suscita facilmente delle irritazioni nocive; i bagni solforosi più gagliardi dei Pirenei non contengono più di 10 grammi di proto-solfuro di sodio. Nelle iperestesie e nelle nevralgie della vulva l'uso delle acque di Néris, Luxeuil, Pfeffers, Plombieres (1.° caso) prestano buoni servigi. Anche i mercuriali, specialmente in forma di pomata, si possono usare con vantaggio (per esempio la pomata con calomelano e belladonna), le soluzioni tiepide di sublimato per lavanda (0,50 in 500 d'acqua), a cui si possono aggiungere per una metà decozioni calde di capi di papavero e di lattuga (specialmente per renderle tiepide), assieme ad alcune goccie di acqua di lauro ceraso.

B) Una *cura interna* è necessaria (ammettendo sempre l'autore come base della lesione una artrite od un'altra diatesi qualunque): l'aria pura, l'evitare tutti gli eccitamenti fisici e morali; i succhi vegetabili amari (il succo di crescione, che contiene molto zolfo e dello iodio), l'arsenico in dosi assai piccole, o l'acqua minerale della Bourbole (contenente per libra 0,008-0,015 di arseniato di soda con 4,00 di cloruro di sodio e 2,00 di bicarbonato di soda). Nel prurito con vulvite in ragazze sono da raccomandarsi i tonici e per bevanda l'infuso di foglie di noci. Giovano inoltre i bagni solfurei alcalini, talvolta le spennellature con soluzione di nitrato di argento, o le lavande con solfato di zinco, con allume o con rimedi contenenti tannino.

Nelle gravide il prurito perdura talvolta fin dopo il parto: in allora si usino cataplasmi fatti colla deposizione del decotto di farina di riso, oppure infuso di aconito (1.° caso).

Malgrado la cura interna ed esterna le recidive sono molto frequenti.

Rose. — *Osservazioni sulla colotomia.* — (Discorso tenuto nell'adunanza dei medici del cantone di Zurigo). Berlin. klin. Wochenschrift. N. 13, 1869.

Signori! Non essendo io in grado di presentar alcun che di nuovo, mi permettano che tenga loro parola di qualche cosa non affatto ordinaria.

Trattasi di un'operazione, che proposta un secolo e mezzo fa da Littre (1710), ed eseguita appena 100 anni or sono, non si è tuttavia ancora naturalizzata dappertutto, sebbene essa certamente lo meriti. Io intendo parlare dell'ano artificiale, fatto per occlusione invincibile del canale intestinale. Il discredito, in cui si trova quest'operazione dipende in parte dalla prevenzione di alcuni che, non l'hanno mai veduta; ed in parte dal non essere stata raccomandata nel vero suo senso dalla farragine dei suoi ammiratori, poichè essa è stata fatta anche nel carcinoma del retto soltanto per togliere il dolore, dove il passaggio delle fecci non era completamente impedito.

Le cause per cui molti operatori anche oggi si astengono dal praticare l'ano artificiale sono due principalmente:

Si teme la peritonite, e non tanto quella che si potrebbe originare in seguito dell'operazione, poichè Callisen ha già insegnato a fare l'apertura estra-peritoneale del colon discendente, ma piuttosto quella che potrebbe già esser sopravvenuta in seguito dell'occlusione intestinale, e che sarebbe solo aumentata dall'operazione. Sempre l'antico scambio fra l'incarcerazione! Ciò che vi ha di vero in quest'inevitabile peritonite nell'ileo, eglino lo possono vedere ben chiaramente dalla preparazione, che io loro posso qui presentare.

Essa deriva da una signora della clientela dei Dottori Rahn-Escher e Clauss, la quale per l'ultima volta aveva avuta una scarica alvina cinque settimane prima che io facessi l'operazione,

Digitized by Google

e che in seguito solo una volta (3 settimane innanzi all'operazione) aveva emessa dall'ano una piccola quantità di muco. Per lo spazio di cinque settimane aveva rigettato tutto quello che aveva ingerito. Le cause ne erano oscure.

Già dopo il parto del suo unico figlio, uomo ora ammogliato, essa nel puerperio aveva avuta una infiammazione addominale, di cui come unica conseguenza era rimasta una retroversione dell'utero, che per altro si raddrizzò facilmente con l'uso della sonda. Negli anni successivi ebbe con diversa violenza degli incomodi nel lato destro dell'addome, per cui furono consultati Hasse e Lebert: la diagnosi fu di tiflite e rene mobile. I dolori sparirono dopo quel tempo, od almeno in paragone di prima erano diminuiti. Sette anni or sono fu infettata da suo marito, e ne seguì forte reazione locale, e lo sviluppo di un esantema. Da questo tempo si lagnò di incomodi emorroidali di diverso genere, ed in ultimo di costipazione, cosicchè negli ultimi anni potè evacuare solo con l'aiuto di rimedi drastici. Allora si esperimentarono le iniezioni di acqua fredda, fatte con la doccia ascendente, però inutilmente; come pure riuscì inutile il mercurio metallico propinato circa 8 giorni innanzi all'operazione.

Quando io fui condotto dalla malata, giunsi subito a dimostrare la cagione del suo male, cloroformizzandola completamente, poichè dopo che ebbi introdotta con grande fatica l'estremità del dito verso l'alto dell'intestino retto, trovai un ristringimento anulare, che era insormontabile.

Io perciò institui nel fianco sinistro un ano artificiale, incidendo perpendicolarmente la pelle: il successo rapporto alle sofferenze della malata fu sorprendente.

Il ventre, che prima era fortemente tumido, si abbassò; i vomiti cessarono immantinente, e la malata sopportava il nutrimento, che le si porgeva con circospezione. Non seguì peritonite, e i margini della cute e della mucosa, accostati fra loro, aderirono completamente in pochi giorni. Nel secondo giorno, insieme alle feccie, venne fuori dall'ano artificiale anche il mercurio diviso in globetti numerosi, di modo che ne potè esser riunita una grande massa. L'orina rimase sempre libera da albume.

Disgraziatamente, come io vidi anche nella prima visita, la malata aveva un decubito nero più grande di una mano: venne subito posta sopra un cuscino ad acqua, ma non ostante tutte le attenzioni possibili non si potè evitare, che finalmente non dovesse soccombere (un mese dopo l'operazione). Essa morì, senza sopravvenienza di febbre o malattia traumatica, sotto le apparenze di un deliquio. Non fu possibile di risollevare le forze, profondamente abbattute a motivo di vizi organici profondi, ed in parte sconosciuti. — La *sezione* diede per risultato, che il rene destro era spostato verso il dinanzi; i polmoni erano normali; il cuore era di color giallognolo sui punti tagliati, in causa di considerevole degenerazione adiposa della sua musculatura, come fu anche dimostrato con l'esame microscopico.

È interessante come in questo caso per lo spazio di due mesi sieno state emesse le sostanze ingerite parte per la bocca, e parte per l'ano artificiale, senza dar luogo ad alcuna traccia di peritonite. Soltanto nel piccolo bacino essi vedono un paio di briglie, che traggono l'utero verso l'indietro, senza però fissarvelo completamente. All'esterno le signorie loro verificano nell'intestino retto uno strozzamento anulare, che trovasi sul limite della 1.ª e 2.ª vertebra sacrale, dove anche era fissato l'intestino retto, e così si è formata un'occlusione nel punto di incrociamento dell'arteria iliaca, mediante un trombo fisso e scolorato della grandezza di una fava. Solo dopo tolta quest'adesione, provando con l'acqua, questa fluì, benchè molto lentamente, dal colon discendente nel tratto d'intestino sottoposto. Dopo tagliato il tratto superiore, e disopra dello strozzamento, si trovarono alcuni globetti di mercurio. Allo strozzamento esterno corrispondeva nella mucosa un restringimento anulare, che in parte era eroso, e che aveva cagionata la occlusione. Il suo confine inferiore era 6 pollici al disopra dell'ano, che era leggermente alterato e suppurato per le molteplici manipolazioni. Dall'esame ulteriore del Prof. Eberth risultò, che le singole nodosità del tumore constavano di un'ipertrofia delle glandole: l'erosione non penetrava profondamente in alcun luogo. In nessuna parte del corpo si trovarono noduli secondari corrispondenti: il tumore può quindi riguardarsi come un adenoma anulare.

Questo caso ci rassicura assai circa il timore della peritonite, che si può avere nel decorso di questa malattia. Procediamo ora ad esaminare l'altra obiezione, che si fa contro quest'atto operatorio, cioè che le sue conseguenze siano peggiori della stessa morte.

Eglino tutti sanno, che un medico celebre, dopo riuscita l'operazione, fu accusato dai genitori del bambino; nei bambini a cui si ha poca cura, può infatti parecchie volte il rimedio esser peggiore del male, ma gli adulti non ne soffrono affatto, perchè appena si sono ristabiliti possono aversi cura da sè. Ciò sa ogni medico di ospedale, che abbia avuto a trattare ani artificiali, in seguito di ernie cangrenate, e di ferite addominali. La poltiglia alimentare, che da quelli si evacua, non ha odore così cattivo come le feccie che imputridiscono all'aria: anche le scariche non sono tanto continue e precipitose, quando si dia un nutrimento convenientemente solido. L'erosione della cute vicina dipende per lo più da una secrezione morbosa dell'intestino, che si può migliorare ed anche rimuovere con l'uso degli ordinari rimedi.

Digitized by Google

Così le persone apprendono subito a tenersi tanto pulite, da potere andare in ogni società. Pinel operò in Rio nel 1849 un uomo che aveva un obliterazione carcinomatosa del retto con fistola vescico-rettale, il quale per lo spazio di 14 anni dopo l'operazione potè presentarsi in qualunque società. Miriel operò una bambina affetta da atresia del retto, praticando l'ano artificiale secondo il metodo di Littre: la bambina diventò una damigella, frequentò come le altre le feste da ballo, e visse ancora 43 anni. Io ho avuto una volta un servo, rimasto fra i miei malati privati, che si mantenne pulito per un intero anno con semplici bende o filaccie, finchè l'ano fu guarito. La stessa cosa si osservò in un Ulano, che nella rivoluzione di Polonia (1849) aveva riportata una ferita nel ventre, più grande di una mano: quando nel 1864 si fu provvisto in Betania di un doppio bottone di *caoutchouc*, potè così chiudere l'ano artificiale, che nessuno avrebbe più potuto indovinare alcunchè delle sue sofferenze.

Inoltre si ha anche il vantaggio, che nell'ano artificiale la defecazione diventa quando che sia volontaria. Ciò si è spesso osservato nei casi più antichi, però in tali casi sin dai primi giorni avevansi già evacuazioni di materie solide.

In ogni caso l'operazione non è niente affatto sì pericolosa come da taluno si crede: in 60 casi di operazione di ano artificiale secondo il metodo di Littre si sono avute 29 guarigioni, e 15 se ne sono avute in 39 casi di colotomia. Oltre ciò è da riflettere, che il più delle volte si è operato troppo tardi, come è successo anche nel caso che abbiamo narrato.

Se eglino pongono ben mente a tutto, non potranno fare a meno di non rimpiangere con me la morte di parecchi malati, che si sono lasciati morire senza colotomia.

Un secondo caso di colotomia mi si è presentato nella clinica in questo semestre, ed è interessante in vista delle accidentalità, che si sono in esso offerte.

Egli è un caso di mancanza dell'ano, dove io parimenti feci la colotomia nel fianco sinistro. Io preferii il fianco sinistro, perchè qui regolarmente manca la tunica peritoneale sul lato dorsale del colon, e perchè il colon ascendente parecchie volte non si trova sul lato destro. Il motivo per cui fu fatta l'operazione, non fu già che si temesse una rottura intestinale (come si è osservato in altri casi di atresia congenita dell'ano), ovvero che non si fosse potuto raggiungere l'intestino retto dal di fuori del punto chiuso: in questo caso le vie fecali ed orinarie mettevano foce insieme nel collo della vescica; facilmente si avrebbe quindi potuto aprirgli un passaggio dal di fuori, ma però per ambedue le vie, perchè poteva introdursi un catetere da uomo, e rivolgerlo dentro, e sentirne la punta immediatamente dinanzi al coccige: e poichè ambedue le vie in tali casi essendo percorse da ambedue gli escreti, la conseguenza ne sarebbe stata, o formazione di pietra nella vescica, od otturamento delle vie orinarie prodotto da masse fecali, od altre simili molestie, per cui la maggior parte dei bambini ne vanno più tardi a perire.

Qualche cosa doveva però farsi, poichè l'uretra non era sufficiente per dar esito al meconio ed all'aria, che uscivano in quantità piccolissima. L'addome s'inturgidiva, i vomiti erano incessanti.

Perciò fu giudicata la colotomia come la più conforme allo scopo, sebbene essa nei bambini offra proporzionalmente minore probabilità di successo. Nella clinica fu intorno a ciò rammentato, che in essi in un terzo dei casi non fu potuto aprire il colon discendente senza ferita del peritoneo, e che sopra tutto in tali malattie congenite devono trovarsi anche altre anomalie. Infatti io nell'atto operatorio spesso m'incontrai con tali complicazioni. Dopo che fu stabilito, come ordinariamente, l'ano sul fianco, parve bene d'ingrandirlo, ciocchè, com'è noto, può farsi impunemente dilatando il taglio perpendicolare verso il basso. Ciò fatto, con mia meraviglia mi cadde sott'occhio l'appendice vermiforme; l'appendice vermiforme che tuttavia non deve trovarsi a sinistra posteriormente all'intestino, ma invece a destra, sul dinanzi, e verso la parete addominale.

La morte chiarì prontamente questo rapporto, poichè il bambino totalmente atrofico, e che fu operato solo nel terzo giorno, migliorò per poco tempo soltanto, e perì nella sera successiva. Al fine letale contribuì certamente un difetto della parte anteriore del centro ovale, ed altre anomalie del cervello: il torace era parimenti abnorme; lo sterno era notevolmente stretto, e tre paia di costole erano concresciute.

Come cagione dell'accidentalità intervenuta in quest'operazione, si trovò solo un doppio colon trasverso, che in questo caso era collegato ad una totale trasposizione dei visceri addominali e toracici. Fortunatamente non vi era mesenterio comune per la fine dell'intestino gracile, e pel principio del crasso, con che l'operazione avrebbe dovuto incontrare maggior difficoltà; ma l'intestino crasso era applicato immediatamente al lato dorsale della parete dell'addome, dove felicemente è stato incontrato e fissato nell'atto operatorio. Al disotto dell'apertura, che è limitata in basso dalla cresta dell'ileo, essi veggono giacere la grande flessura sigmoidea interamente sviluppata, a cui si unisce nella posizione normale l'intestino retto; il suo termine ha la spessezza di un sottile catetere d'argento, ed insieme agli ureteri sbocca sul dinanzi del *verum montanum*. I due tratti del colon trasverso sembra che comprendano fra loro la massa degli intestini tenui. Sul colon discendente destro si sarebbe potuta fare l'apertura estra-peritoneale col metodo ordinario.

Digitized by Google

Lo spazio di Douglas all' incontro discende un centimetro più basso della vescica.

La flessura sigmoidea è molto mobile, poichè essa ha un mesenterio comune con l'intestino tenue. La milza, lo stomaco ed il fegato son situati a rovescio, cosicchè, come io vidi in altri casi negli adulti, si sarebbe al certo riconosciuta quest'anomalia mereè l'ascoltazione e la percussione. Qui la diagnosi fu malagevole per la piccolezza del bambino, ed impossibile per i fenomeni dell' ileo, poichè non si rilevava alcuna ottusità, ed il diaframma era spinto in alto. Oltre ciò anche l' abbattimento dell' impulso cardiaco contribuiva ad impedirne l'esatta conoscenza. Del resto egli è da rammentare su ciò, dopo quanto ha esposto Gruber, che anche una trasposizione di questi visceri non ista ad indicare un'eguale anomalia nell' intestino crasso, mentre non ostante che tutti i visceri si trovino spostati, pure questo tratto intestinale può mantenersi nella posizione normale. Per la sua trasposizione si ha appena un indizio abbastanza sicuro, nella deviazione di una lunga sonda che dall'ano venga introdotta nella flessura sigmoidea; il che non poteva accadere nel nostro caso a motivo dell' esistenza dell' atresia. E poi prescindendo anche dal suo sboccare in un punto abnorme, avrebbe illuso il fatto, che la porzione sigmoidea del crasso, si trovava nella sua posizione normale. Aggiungi che la grande lunghezza e mobilità della flessura sigmoidea avrebbe turbato ogni giudizio sicuro che si fosse voluto fondare sulla deviazione, della sonda. Così quest'anomalia rimase nascosta, senza però avere alcuna conseguenza rapporto all' atto operativo, come risulta da quanto si è detto. Nella sezione non fu trovata traccia di peritonite, e ne anche alcun che di notevole nel cavo addominale, che si potesse riferire all' influenza delle feccie.

Hunter. — *Vantaggi delle iniezioni sotto-cutanee di stricnina contro le paralisi.* — (Brit. Rev. 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 2, 1869.

L'autore rimarca che la colpa della frequente inefficacia del predetto alcaloide nelle paralisi croniche sta nel modo di applicazione. Come la morfina e l'atropina iniettate sotto la cute in piccole quantità producono effetti più rapidi ed intensi, che quando vengono ingerite per la bocca, così fu dimostrato che mentre $1/16$ di grano è la più piccola dose di stricnina con cui muoiono i conigli se introdotta nello stomaco, per ottenere lo stesso effetto si richiede soltanto $1/25$ di grano introdotto nel retto, e $1/120$ soltanto per iniezione sotto-cutanea. Il timore per le iniezioni ipodermiche ha la sua ragione in ciò, che la suscettibilità dell' infermo per questo rimedio è sì variabile, che alcuni provano incommodi dopo $1/90$ di grano, mentre altri tollerano molto bene $1/36$ e fino $1/24$ di grano. Ove sia indicata la stricnina come eccitante o come tonico nervino, iniettata in piccola dose ipodermicamente spesso apporta un miglioramento sollecito, mentre presa all' interno in dose maggiore fallisce. A comprova di questa opinione l' autore produce le seguenti osservazioni:

1) J. C. d' anni 52, birraio, mentre lavorava, rimase paralizzato al lato sinistro. Doveva camminare con due bastoni; nel muoversi risentiva dolore nell'anca sinistra, intorpidimento, pesantezza nella gamba pure sinistra, che trascinavasi dietro, e stanchezza. Per cinque settimane prese $1/20$ di grano di acetato di stricnina col solfato di magnesia, e coi carminativi, senza il minimo sollievo degli incommodi già accennati, ai quali nel decorso dell' anno si aggiunse paralisi quasi completa della vescica. Dal 31 di Agosto fino al 1.° di Dicembre gli furono iniettate 17 dosi di $1/36$ di grano e 3 di $1/24$ di grano di stricnina con tale successo, che il suo passo divenne sempre più fermo e facile, scomparve il senso di freddo l' intorpidimento e la pesantezza della gamba paralizzata, e cessò il dolore nell'anca. — La paralisi vescicale scomparve, ed agevolmente poteva fare parecchie miglia inglesi con un bastone.

2) W. J. macchinista, d'anni 60, era emiplegico (a destra) dal Settembre del 1863. In quel tempo ammalò con perdita della coscienza e febbre gagliarda, e solo dopo qualche tempo si riebbe, ma in maniera che con fatica poteva camminare con un bastone, strascinandosi dietro la gamba senza forza. Sebbene potesse afferrare oggetti colle dita, i muscoli però della spalla e del braccio erano paralizzati. La cura interna restò infruttuosa, per cui al 9 di Dicembre si iniettò $1/90$ di grano di stricnina, dopo di che comparvero leggeri spasmi estensivi nei muscoli della spalla e dell' omero. Dal giorno 12 di Dicembre, in cui si mostrarono leggeri convellimenti muscolari, l' iniezione fu ripetuta con $1/60$ di grano di stricnina. Dopo d'allora il paziente sentì tornare la forza nelle membra paralizzate, e solo due volte si rimarcarono convellimenti nei muscoli lombo-dorsali. Fino al 21 di Dicembre si praticarono anche 3 iniezioni con $1/75$ e $1/60$ di grano di stricnina: in seguito 3 altre, ed alla fine di Dicembre il paziente poteva fare il suo lavoro, stare fermo sui piedi, battere coi piedi sul terreno e via dicendo. Presentandosi allora frequenti convellimenti, si cessò dalle iniezioni. Nell'Aprile del 1867 il paziente tornò sotto cura: per 6 settimane nella gamba già paralizzata presentaronsi spasmi violenti, che ritornavano 3-4 volte ogni notte. Dopo due iniezioni sotto-cutanee di morfina di $1/4$ di grano ciascuno, questi attacchi non tornarono mai più.

Digitized by Google

3) J. N. marinaio, d'anni 28, fu colpito a Schangai da una palla di fucile nel dorso, ed il proiettile rimase infisso in qualche luogo (!) presso la colonna vertebrale. Stette otto mesi sotto cura in Hongkong per una paresi, che venne accrescendosi sempre più. La stricnina presa internamente per 4 settimane produsse bensì sussulti dei tendini nelle gambe paretiche, non però miglioramento. 14 mesi dopo (25 Maggio 1866) l'autore lo prese in cura. In quel giorno gli si iniettò ipodermicamente $1/24$ di grano di stricnina nel braccio, e la stessa operazione fu ripetuta al 27 di Maggio nella gamba paralizzata corrispondente. Si mostrarono alcuni convellimenti nelle gambe. Già al 28 era incontestabile il miglioramento dei fenomeni paralitici. Perciò le iniezioni sotto-cutanee furono ripetute 23 volte ad $1/36$ di grano dal 9 di Giugno fino al 23 di Luglio, ed in tutto non erasi consumato un grano di stricnina. Il senso di peso negli arti paralizzati avea ceduto, il movimento era ritornato, e quando il paziente si presentò di nuovo nell'Ottobre, era in istato di camminare per 3 miglia senza riposarsi, nè provare dolore nelle gambe, e passeggiava nella camera senza aiuto del suo bastone.

4) Ad una giovinetta, che da parecchi anni soffriva di convellimenti muscolari, di nausee, dolore e debolezza nella colonna vertebrale, parecchie volte fu iniettato $1/48$-$1/24$ di grano di stricnina, dopo che era stata curata nella stessa guisa coll'atropina con qualche successo. Dopo ciascuna iniezione si presentò senso di aumentato calore e di forza nella colonna vertebrale, e diminuzione tanto dei dolori muscolari che della tendenza al vomito.

5) Un locandiere pallido, gonfio e di aspetto malsano, da 3 settimane soffriva di senso di intorpidimento nelle braccia e nelle gambe, nelle quali risentiva continue punture come di spilli, nè poteva camminare senza guardare ai suoi piedi. Le evacuazioni alvine regolari; la urina era emessa spesso con dolori, e depositava un sedimento granelloso, non contenente però albume. Si ordinarono gli alcalini, e $1/24$ di grano di stricnina da prendere ogni giorno internamente. 7 mesi dal principio di questa cura, che aveva migliorato l'infermo a modo da poter presiedere ai propri affari, esso lamentossi di nuovo di debolezza alle gambe e di incommodo nel camminare; e si aggiunse difficoltà di ritenere le feci e l'urina. Si prescrissero gli alcalini come prima, e delle iniezioni ipodermiche di stricnina (da $1/48$-$1/24$ di grano). Dopo 5 iniezioni ristabilissi la forza muscolare nelle gambe, talchè senza aiuto delle braccia il paziente poteva alzarsi da una sedia bassa; e dopo altre 5 iniezioni il suo passo ridivenne normale del tutto. Dietro ciascuna iniezione si presentava un senso di calore aumentato nelle parti paralitiche, e diaforesi.

6) J. B. nel lottare aveva riportata una slogatura della spalla, e dopo che era stata rimessa, gli era rimasta una tale debolezza muscolare nell'arto superiore corrispondente, che non poteva afferrare nessun oggetto o tenerlo fermo colle dita. Le frizioni con iodio rimasero senza successo: si passò quindi alle iniezioni sotto-cutanee di stricnina; 10-15 minuti dopo ciascuna iniezione comparve leggero tremore, dolore e senso di aumento di temperatura nel braccio paralizzato. Dopo 3 iniezioni negli stessi muscoli del braccio ed altre 4 nel tessuto cellulare sotto-cutaneo ($1/48$-$1/24$ di grano di stricnina) la paralisi svanì completamente, più presto nei muscoli dell'avambraccio di quello che nelle dita.

W. B. soldato nell'armata di Madras, era da 27 mesi emiplegico. Il paziente strascinavasi dietro la gamba sinistra, nè poteva camminare col bastone più di 15 minuti senza risentirvi degli spasmi dolorosi: ogni notte lo spasmo ripetevasi 3-4 volte: era paralizzato eziandio il braccio sinistro, la bocca era contorta verso il lato corrispondente, e l'infermo rideva molto senza cagione, era sovraeccitato, ed emetteva spesso l'urina, che però era normale. Dopo 18 iniezioni sotto-cutanee di stricnina la paralisi era tolta, anzi più completamente nel braccio che nella gamba.

Nella epicrisi l'autore fa rilevare il vantaggio delle iniezioni ipodermiche di stricnina, e cioè che

1) dopo 3 o 4 iniezioni si vede, se questo metodo può essere coronato da successo, o no:

2) che si richieggono piccole dosi dell'alcaloide e minore perdita di tempo per avere gli effetti salutari: e

3) che i convellimenti nei muscoli, gli spasmi, i sussulti dei tendini ecc., avendosi i dovuti riguardi, si osservano più di rado che dando la stricnina per bocca.

Guénau de Mussy. — *Sulle malattie delle glandule bronchiali.* — Gaz. des Hôp. 67, 68, 1868.

Le affezioni delle glandule bronchiali nel maggior numero dei casi sono secondarie, e nel decorso di malattie pulmonari possono giuocare una parte tanto spiccata, da formare l'elemento dominante della malattia. — Però sotto date circostanze sembrano presentarsi anche in modo primario. Così nei bambini spesso si trovano dei tubercoli nelle glandule bronchiali, senza che questi esistano nei pulmoni. Egli è noto che i fanciulli sono disposti assai più degli adulti alle malattie delle glandule linfatiche; anzi si potrebbe dire di questi organi, che cogli anni perdono della loro attività vitale. Per tale ragione le malattie

Digitized by Google

del sistema glandulare linfatico furono più studiate nei bambini, nei quali inoltre i sintomi loro sono molto più espressi che nelle età più mature.

Leblond, Laënnec, Becker, Andral, Ley e specialmente Rilliet e Bartehz si sono molto distinti per le descrizioni che hanno date di queste malattie. Le lesioni delle glandule bronchiali negli adulti, ad eccezione però di alcune osservazioni isolate, non furono mai oggetto di un lavoro speciale, e tuttavia esse meritano talvolta molta considerazione, sia che ammalino di per sè, oppure accompagnino altre malattie.

Per la retta intelligenza della sintomatologia delle malattie delle glandule bronchiali bisogna anzitutto raffigurarsi nella mente la posizione loro. Alcune trovansi presso alla trachea, in alto, fin quasi all'altezza della laringe, altre sono situate attorno alla biforcazione, altre finalmente si trovano sparse lungo i bronchi, che accompagnano, secondo Rilliet e Barthez, fino a quelli di 4.° ordine. Le glandule collocate lungo la trachea sono le sole accessibili alle nostre ricerche. Se cioè si percuotono le apofisi dei processi spinosi delle prime vertebre del collo, si ottiene un tono alquanto alto, il cui timbro è vicino a quello dello sterno, soltanto è un poco più chiaro di questo. Di qui fino sotto alla 4.ª vertebra dorsale esso si fa più forte e profondo, e sembra provenire da un *mezzo* elastico: uguaglia un debole tono pulmonare. Il suono chiaro fino alla 4.ª vertebra cervicale appartiene alla trachea, la quale termina precisamente in questo luogo, e disotto alla 4.ª vertebra cervicale comincia il suono polmonale normale. A motivo della spessezza e della superficie vibrante piuttosto grande, i pulmoni danno in questo luogo un tono molto più forte che nella punta. Nelle persone con collo lungo l'autore crede di avere rimarcato, che la trachea giunge più in basso di quello che nelle condizioni opposte. Determinato esattamente per mezzo della percussione la posizione della trachea, si tira una linea che ne indichi il limite inferiore; da questa, su ogni lato, si tira una linea obliqua all'ingiù ed allo esterno: queste danno la direzione dei bronchi maggiori. Se al disotto del luogo di biforcazione esiste un grosso pacchetto di glandule, in tal caso l'ottusità potrebbe facilmente condurre l'osservatore a sbagliare la determinazione di questi punti; tuttavia ciò è soltanto possibile nei bambini, giacchè negli adulti le glandule non acquistano sì facilmente un grande volume.

Quando le glandule nei fanciulli nel loro morboso sviluppo hanno raggiunta la grandezza di un uovo di pollo, in allora schiacciano la trachea e spesso anche i bronchi, rendono dispnoico il malato, e producono un rantolo sonoro, che raggiunge il suo massimo di intensità verso le radici del pulmone. Come si esprimono Rilliet e Barthez, il rumore respiratorio può offrire tutte le gradazioni, dalla espirazione prolungata fino al rumore tracheale e cavernoso. Gli autori predetti danno come sintoma dell'affezione glandulare la persistenza dei rumori in quella regione, in cui esse si trovano, i quali possono accrescersi o diminuire a seconda di circostanze accidentali: uniti ad essi decorrono i fenomeni generali della tubercolosi, come accessi febbrili, dimagrimento, sudori ecc. Se i tubercoli glandulari si rammolliscono, in tal caso possono versarsi nella trachea, nei bronchi, nei pulmoni, nella cavità della pleura, nello esofago o nel mediastino, mentre nello stadio di crudità comprimono i bronchi, e possono produrre la loro ulcerazione e perforazione.

Fra tutti i sintomi addotti, nelle affezioni glandulari degli adulti, l'autore potè constatare soltanto delle modificazioni del suono di percussione e del rumore respiratorio. Spesso osservò in infermi tubercolosi, che in quelle regioni, ove il suono della percussione era del tutto normale, udivasi estremamente debole il rumore respiratorio in un intero lobo pulmonare.

Le modificazioni del suono consistono in una diminuzione della forza del medesimo, ed in un elevamento del tono, solo o contemporaneamente al predetto fenomeno, e nella resistenza maggiore, che prova il dito che percuote. Più difficile è l'apprezziazione delle anomalie respiratorie, coincidendo per solito la malattia delle glandule bronchiali con malattie dei polmoni; il più importante aiuto diagnostico in questo caso devesi ricavare dai dati opposti della percussione e dell'ascoltazione. Se per esempio in una porzione di polmone, ove la percussione dà un suono affatto normale, si sente un rumore respiratorio assai debole, ed allo stesso tempo esiste un'ottusità nella regione delle glandule bronchiali, si può conchiudere con grandissima probabilità, che le glandule sono la sede della malattia.

L'autore trovò i sintomi di una malattia delle glandule bronchiali nella tisi, nella pneumonite, nella bronchite e nel morbillo.

Negli adulti la tubercolosi delle glandule bronchiali è quasi sempre un fenomeno secondario della tubercolosi, nei fanciulli no.

Alcuni anni fa l'autore ebbe opportunità di osservare una piccola ragazza, la quale da 2 mesi soffriva di febbri parossistiche, di tosse, di frequenza di respiro con accessi di dispnea, senza che si potessero dimostrare altri sintomi fisici, fuorchè una respirazione indebolita nell'apice del pulmone sinistro e rantoli sibilanti fra la scapula e la colonna vertebrale. Egli fece la diagnosi di probabile malattia tubercolare delle glandule bronchiali. Un fratello della paziente era morto di meningite tubercolare, il padre era tubercoloso, e la madre era stata emoptoica. La paziente risanò sotto la cura dell'aconitina, dei vescicanti volanti, dell'ioduro di potassio e delle spalma-

Digitized by Google

ture con tintura di iodio. In seguito si presentò una spina ventosa in un dito, carie dell'orbita, e suppurazione delle glandule cervicali. Tuttavia la paziente potè resistere anche a queste lesioni, ed al presente gode di salute relativamente buona.

L'autore riporta questo caso per dimostrare, che non si potrebbe porre in dubbio la guarigione di una malattia tubercolare delle glandule bronchiali. Le malattie in discorso lasciano aperto del resto un buon campo di ricerche, e, stando all'autore, il loro studio è tanto più importante, che per esse parecchi fenomeni dell'ascoltazione, che al giorno d'oggi si possono spiegare solo in modo insufficiente, divengono suscettibili di una chiara e semplice interpretazione.

Pollock. — *Lezione clinica sulla dispepsia nervosa.* — (The Lancet, 1869) Presse Médicale belge, N. 18, 1869.

I disordini della digestione, con titolo appropriato chiamati nervosi, si annoverano fra le affezioni che più spesso incontriamo. Le privazioni, il cattivo nutrimento, la mancanza d'aria e le cagioni deprimenti, le quali esercitano la loro influenza sopra un numero tanto considerevole di abitanti dei grandi centri, costituiscono una potente predisposizione a molte infermità, ma sopra tutto ai disordini funzionali dello stomaco. La dispepsia nervosa osservasi di preferenza nelle donne, e mostra in esse una gravità, che non si presenta negli uomini. Le donne sonovi in particolar modo soggette in quel periodo della loro vita, che ha nome di età critica. Tuttavia la malattia non è rara negli uomini, e sovente si associa in essi a certe forme di ipocondria.

I sintomi della dispepsia nervosa spesso si congiungono a quelli dell'isterismo, e trascurando un attento esame, potrebberó misconoscersi i disordini funzionali dello stomaco, che costituiscono la lesione fondamentale ed essenziale di questo stato. I sintomi nervosi, in molti casi, sono il risultato dei turbamenti della digestione, e basta il combattere questi, perchè scompaiano i fenomeni isterici.

Esaminiamo un caso ordinario di questa malattia. — L'infermo si lamenta di dolori al petto; questi si propagano fino alle spalle, e spesso dichiaransi con tale una forza, da mettere ostacolo alla libertà dei movimenti respiratori. Tali dolori assumono il carattere di spasmo, e di frequente accompagnansi con palpitazioni di cuore, che potrebbero far supporre una malattia di quest'organo. Per solito questi dolori risvegliansi dopo l'ingestione dei cibi e delle bevande, e talora una sola tazza di thè basta a provocarli. In pari tempo riscontrasi grande sviluppo di gas nello stomaco e negli intestini. La costipazione è abituale; le urine colorite e dense. In generale la lingua è coperta da un intonaco giallastro, non è raro però il trovarla pulita; in certi casi mostra un pronunziatissimo rossore; l'appetito lascia molto a desiderare, l'alito è cattivo, e l'infermo accusa un sapore disgustoso nella bocca e specialmente al mattino nello svegliarsi.

Svariatissimi sono i fenomeni nervosi. Scoraggiamento, abattimento, timori senza motivo, un senso indefinibile di qualche disgrazia imminente, accessi di calore e di freddo. L'inferma è molestata dal rumore che fanno i fanciulli, evita di uscire di casa, perchè trova l'aria troppo forte per lei, e perchè la folla la rende nervosa. Frequenti sono le cefalalgie, e la donna generalmente le rapporta alla sommità della testa, ove accusa un senso di calore; ella ode suoni strani, gelidi brividi percorrono la colonna vertebrale; lo stomaco ed il ventre sono la sede di sensazioni le più singolari, e pare all'inferma, che vi si racchiuda alcun che di vivente; altre volte prova la sensazione di un globo, che le rimonta alla gola. I menstrui talvolta sono regolari, tal'altra non si fanno vedere che ogni due o tre mesi; molto spesso da due a tre anni erano irregolari.

La cura di questi casi è semplice ed efficace; qualche medicamento ed un regime ben regolato bastano spesso a dileguare ogni sintomo. Però non è raro il vedere la malattia persistere per delle settimane. Se avvi costipazione, urine dense ed oscure, e lingua impaniata, io comincio per solito la cura con una miscela composta di grani tre di carbonato d'ammoniaca, mezzo grano di polvere di ipecacuana, tre grani di rabarbaro, venti grani di bicarbonato di potassa in un'oncia d'acqua di menta: questa mistura è data tre volte al giorno, mezz'ora prima di prendere il cibo. Se predominano i fenomeni nervosi, aggiungo alla medesima da mezza dramma ad una di tintura di valeriana. Inoltre ad ogni sera prescrivo cinque grani delle pillole d'aloe e di asa fetida della farmacopea inglese, oppure, se il ventre è libero, non amministro che cinque grani di asa fetida per sera. Io sono di credere che l'asa fetida sia spesso molto utile quale tonico del sistema nervoso, nel mentre che facilita la espulsione dei gas. Per questo, malgrado il sapore e l'odore disgustoso della medesima, le inferme soventi richiedono le pillole indicate.

Allorchè frequenti sono le nausee, il bismuth e l'etere cloridrico, con o senza rabarbaro, e il bicarbonato di potassa rendono grandi servigi in quei casi particolari, ove la lingua è perfettamente pulita. Non ho mai trovato molto vantaggiosa, nei primi periodi della dispepsia nervosa, l'amministrazione del liquore di potassa o dell'acido idroclorico; quest'ultimo, associato al-

Digitized by Google

l'infuso di genziana, è utile più tardi per dare tono allo stomaco. Quando la lingua ridiventa pulita, e lo stomaco meno irritabile, la china rende completa la guarigione; ma ripetute esperienze mi hanno assicurato, che questi effetti sono lungi dall'ottenersi nei primi tempi della malattia, quando la lingua è carica d'intonaco, e lo stomaco molto sensibile.

La parte più importante della cura consiste nella ragionevole direzione della dietetica, e possiamo far fede che, senza una tale precauzione, non sono da aspettarsi effetti bene decisi dall'uso dei medicamenti. La dieta deve essere leggera e in uno nutriente; è necessario far subire agli alimenti una buona masticazione, prenderne piccola quantità per volta, e consacrare al pasto il tempo voluto. So che molte inferme non possono assoggettarsi a simili minuziose precauzioni, ma sarà sempre possibile al medico di indurle a prenderle in qualche considerazione. Rispetto alle bevande io penso, che all'infermo non si debba permettere l'uso della birra, e rimpiazzare il thè, preso sovente in eccesso, col cacao e col latte. In molti casi le inferme si lodano di una debole miscela d'acquavite e d'acqua fredda. Molti dispeptici sembrano momentaneamente alleviati dalla birra, ma ciò è passeggero, e caramente scontato con acidità e flatulenze; per queste ragioni io mi oppongo decisamente all'uso della birra, almeno per un certo tempo. Alcune inferme non provano alla mattina appetito di sorta, e non possono far colazione. Questo stato di vacuità dello stomaco aumenta sempre le sofferenze. Io sono convinto, che si può risvegliare l'appetito al mattino, facendo colazione per qualche giorno, anche contro volontà, e siccome il cibo del mattino è il più salutare di tutti, non tardasi guari a provarne i benefici effetti. Credo non sia necessario addimostrare, che le cene abbondanti riescono di nocumento in ogni caso.

Charcot e Bouchard. — *Nuove ricerche sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale.* — Archiv de Physiologie pathologique. Tome premier, pag. 110, 643 e 725.

Gli autori hanno inteso di limitarsi in questa memoria allo studio della patogenesi delle emorragie cerebrali propriamente dette, non di quelle che si fanno nelle membrane involgenti il cervello.

Tutte le cause, supposte finora, delle emorragie cerebrali si possono ricondurre sotto i tre capi seguenti: 1.° La tensione aumentata del sangue nei vasi dell'encefalo; 2.° La diminuzione di consistenza del tessuto cerebrale, preventivamente alterato, che così non offre più che un appoggio insufficiente ai vasi; 3.ª La diminuzione di resistenza dei vasi, consecutiva ad un'alterazione delle loro pareti.

Essi autori ritengono, che di queste pretese cause alcune non esistano punto, altre non abbiano che un'influenza accessoria, e che nessuna sia abbastanza generale per spiegare neanche il più gran numero delle emorragie cerebrali. Invece indicano una nuova lesione patogenica, da essi costantemente incontrata nei casi molto numerosi di emorragia cerebrale, che hanno avuto l'occasione di esaminare al tavolo anatomico.

Questa lesione consiste in una alterazione del sistema arterioso del cervello, con produzione di aneurismi sulle arteriuzze intra-cerebrali. Questi aneurismi, che sussistono nel cervello in gran numero, a lento sviluppo, procedono di un tempo piuttosto lungo l'attacco apopletico, e ne sono la cagione, quando essi si rompono per una causa occasionale qualunque; essi furono dai nostri autori chiamati *aneurismi miliari*. I quali non sono solamente la causa dell'emorragia nei vecchi, ma nei giovani ancora, poichè furono trovati non solo nei vecchi, ma ancora nei giovani, ed in quelli soltanto che morirono per emorragie cerebrali; e nei vecchi solo parimenti in quelli che o soffrirono di emorragia cerebrale o ne morirono. Esistono talvolta in un numero straordinario indipendentemente da qualunque alterazione ateromatosa dei vasi arteriosi cerebrali; mentre d'altra parte può aversi una estesa ateromasia senza che sussistano aneurismi miliari. Queste due alterazioni affatto slegate fra loro non si escludono però a vicenda, anzi frequentemente coincidono.

Ambedue queste alterazioni sono il prodotto di una arterite, ma l'ateroma è dovuto ad una endoartrite, l'aneorisma ad una peri-arterite diffusa. Questa non è limitata al punto aneurismatico, ma si estende a tutto il sistema delle piccole arterie cerebrali, e si accompagna talvolta ad un'atrofia delle pareti dei grossi vasi e delle meningi, che dà loro l'aspetto di scorza di cipolla.

Le alterazioni che si rinvengono nella guaina peri-vascolare o linfatica e nella tunica avventizia diminuiscono d'intensità, andando verso la tunica muscolare.

La guaina linfatica, che avvolge i vaserelli capillari arteriosi, può presentare solamente un aspetto striato, onduloso, che richiama l'apparenza di un fascio del connettivo sotto-cutaneo, ma quest'apparenza non cambia per l'aggiunta d'acido acetico. Nel medesimo tempo, anche prescindendo dall'aspetto ondulato, presenta questa guaina una formazione esagerata di nuclei analoghi a quelli della neuroglia, sferici od ovoidi, a contorni irregolari, che si rattraggono ed appariscono meglio dopo l'azione dell'acido acetico, e che si colorano molto bene col carmino e colla fucsina, e meglio di altri nuclei più voluminosi, più netta-

Digitized by Google

mente ovoidi, coi quali si osservano tante volte, e che sembrano appartenere all' epitelio della guaina. I primi, che pare siano di natura del connettivo, possono svilupparsi a tanto, da impedire o difficultare lo studio delle membrane sottostanti.

L'avventizia delle arteriuzze, che corrispondono ai capillari di 3.° ordine, secondo Robin può presentare due alterazioni. Talvolta è un semplice inspessimento; la sua sostanza è striata longitudinalmente, come un fascio di tessuto fibroso, e mostra dei corpuscoli fusiformi del connettivo disposti nel senso dell'asse del vaso. Le tuniche sottostanti sono allora più difficili a studiarsi. Più spesso l'alterazione consiste in una formazione di nuclei congiuntivi senza inspessimento e senza aspetto fascicolato della membrana; e la proliferazione toglie loro la regolarità. In corrispondenza a queste lesioni delle parti esterne notasi nella muscolare una rarefazione delle sue fibre, una divaricazione, e talvolta una scomparsa totale, senza essere però sostituite da un tessuto adiposo. Questa atrofia semplice degli elementi grassosi pare non sia primitiva; essa sembra invece essere in dipendenza colla alterazione precedentemente descritta. In effetto noi vediamo che l'arterite è limitata alla guaina ed all'avventizia, senza che v'abbia alterazione rimarchevole degli elementi della musculare. Ed in quei punti, ove mancano gli elementi muscolari o in tutto o in parte, colà appunto l'arterite superficiale è più intensa. Se l'avventizia non è inspessita o fibrosa, il vaso dilatasi a modo di ampolla, ove l'atrofia della musculare è più intensa. Ecco l'origine degli aneurismi miliari. La sola alterazione della tunica interna consiste in una moltiplicazione dei nuclei ovoidi, grassi, longitudinali di questa membrana. Questa alterazione non è però costante.

Questa alterazione è stata vista dagli autori congiunta a delle dilatazioni ampolliformi delle meningi, descritte da Virchow sotto il nome di ectasie ampolliformi.

Gli aneurismi miliari sono visibili ad occhio nudo; essi si presentano come piccoli granelli globosi di un diametro di 0,2 - 1 millimetro, appesi ad un vaso pure visibile ad occhio nudo. Varia il loro colore dal nero al bruno, e se v'ha forte alterazione dell'avventizia possono anche presentarsi di colore bluastro od anche grigio, ove nel loro interno contengano dei globuli bianchi in certa quantità.

Si sono osservati in tutte le parti del cervello, ma principalmente nei talami ottici, nei corpi striati, nelle circonvoluzioni, nella protuberanza anulare, nel cervelletto, nei peduncoli cerebellari ecc. Nelle circonvoluzioni giacciono nella sostanza grigia, oppure sul confine tra essa e la bianca.

Krafft-Ebing. — *Sopra un metodo semplice per operare radicalmente i tumori cistici della pelle del capo.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 11, 1869.

I tumori cistici della parte capelluta del capo, come le natte o i tumori sebacei, quando alterano la bellezza, impediscono la pettinatura dei capelli, ovvero s'infiammano e suppurano, appartengono a quei piccoli mali tanto frequenti, per cui si ricorre all'aiuto del medico pratico: e poichè essi molto raramente spariscono senza alcuna cura, così si usano molti mezzi, che tendono solo a rimuovere temporaneamente gl'incomodi occasionati dai tumori (vuotamento del contenuto con la puntura), ovvero che hanno in mira una cura radicale col togliere la cisti insieme al contenuto (cauterizzazione, ovvero estirpazione col coltello). Quantunque l'escisione cruenta possa dirsi l'unico razionale e sicuro fra i metodi conosciuti, pure presentansi anche casi, in cui i malati (specialmente donne) temono l'uso del coltello, ovvero in cui la cisti da togliersi è così piccola, che apparisce un impresa troppo minuta la formale enucleazione di essa. Per tali casi io credo di poter raccomandare un processo, che fin qui ho trovato adattato in una quantità di malati, e che merita la preferenza per il successo radicale che se ne ottiene, e per la sua grande semplicità.

Quando io mi applicava allo studio della psichiatria, ebbi occasione di conoscere le esperienze dei miei colleghi, dalle quali si rilevava che una soluzione di tartaro emetico, iniettata nel tessuto cellulare sotto-cutaneo, mai produceva i conosciuti fenomeni generali di questo medicamento, ma che invece dava luogo ad un'irritazione infiammatoria nel punto dell'iniezione, susseguita da un ascesso cronico limitato da una spessa membrana.

Questo fatto mi guidò alla supposizione, che il tartaro emetico, iniettato sotto la cute, potesse valere a rimuovere col mezzo della suppurazione i piccoli tumori e le cisti situate sotto la cute stessa. Mi si presentò subito l'occasione di esperimentare l'esattezza di questa supposizione, in un tumore sebaceo della grandezza di una fava, posto nel lato destro della fronte di una giovinetta.

Alle 3 pom. io infissi nella ciste la spilla di un ordinaria sciringa da iniezioni sotto-cutanee, che avevo empita con una soluzione di 0,65 di tartaro emetico in 15 grammi di acqua distillata, e ne iniettai cautamente alcune gocce. Sull'esterno della cisti nella sera e nel giorno seguente non si osservò alcun sintoma d'infiammazione. Nella sera del 4.° giorno toccando il tumore si risvegliava una sensazione dolorosa. Nella mattina del 5 si ebbe dolore spontaneo, e circa alle 10 ore, una moderata pressione cacciò fuori la cisti, completamente chiusa con il suo centenuto, dal foro praticato con la

Digitized by Google

puntura, e che fin qui era rimasto chiuso da un piccolo coagulo sanguigno. I bordi di questa apertura erano alquanto molli e friabili, e la parte di pelle che li formava era come mortificata, il che era stato cagionato da alcune gocce di liquido da iniezione, che nell'estrarre la cannula erano rimaste lungo il foro della puntura.

Nella cisti mancava ogni segno d'inflammazione, tanto nella parete interna che nell'esterna.

La membrana della cisti consisteva in una capsula dura e tesa di tessuto connettivo, in cui riconoscevasi ancora evidentemente il foro della puntura, senza ulteriori segni di reazione. Il contenuto presentava i caratteri del così detto ateroma. In esso non trovavansi globuli di pus.

La guarigione procedette rapidamente per prima intenzione senza il più piccolo incommodo.

Uno stesso esito ebbero una quantità di simili tumori, della grandezza di una fava sino ad uovo di piccione, che furono trattati con eguale metodo. Sempre con una pressione egualmente moderata si vuotò la cisti insieme al contenuto in 2 o 3 giorni, senza che mai si manifestasse nè l'azione nauseante del rimedio, nè fenomeni eresipelatosi. Dopo qualche anno io ho riveduta la maggior parte degli operati, e mai ho osservato che sia sopravvenuta una recidiva. Nelle cisti più grandi sembrò più conveniente di lasciare alcune gocce di liquido lungo il foro della puntura, e ciò nel ritirare la cannula: con questo mezzo si ottenne di mortificare la cute in un'area più estesa, facilitando così l'uscita della cisti.

Mentre io qui ho fatto palese brevemente quest'azione mortificante ed eliminatrice del tartaro emetico sui tumori cistici, spero che ciò valga ad eccitare ad ulteriori esperienze, specialmente per vedere se possa usarsi lo stesso mezzo per la eliminazione sotto-cutanea di altri tumori.

Peruzzi Domenico. — *Storia di ovariotomia per cisto-sarcoma moltiloculare ovarico, seguita dalla guarigione.* — L'Ippocratico N. 8, 1869.

Il Peruzzi, che già da parecchi anni cercava con pregevoli scritti di chiamare l'attenzione dei chirurghi italiani sulla convenienza di praticare l'ovariotomia in alcuni tumori ovarici, al quale intento anzi fece una buona traduzione dell'opera del Baker-Brown sul cisto-ovario, ora ha avuta la fortuna di eseguire con pieno successo questa operazione, che è poi la seconda in Italia, la quale abbia sortito eguale risultato.

Il soggetto di questa operazione è una certa Ponseggi Francesca di Lugo, d'anni 44, vedova, di derivazione e costituzione buona. Prima di accingersi all'atto operatorio il Peruzzi credette bene di migliorare le condizioni dell'inferma un po' deperite, e così fece coll'amministrare i ricostituenti, ed una conveniente dieta per due mesi. — Il tumore occupava il centro della regione ipogastrica, si estendeva alle due regioni iliache, ed in alto sorpassava l'ombellico. Fatta dunque diagnosi di cisto-sarcoma ovarica (che venne poscia confermata dal Professore di Anatomia Patologica di Bologna, Dott. Cesare Taruffi, il Peruzzi operò con maestria l'inferma nel modo seguente (4 Marzo 1869).

Praticò un'incisione al disotto dell'ombellico nella linea mediana, lunga centim. 10, e presentatosegli il peritoneo, lo divise colle forbici per la stessa lunghezza, e così diede uscita ad una raccolta ascitica. Penetrato con due dita nella cavità addominale, esplorò il tumore per più scopi, per sentire se vi erano o no aderenze, e di queste ne trovò tre, che liberò con tratti di forbici, e in secondo luogo per accertarsi, se il tumore era solido o liquido. A tale scopo punse il tumore col trequarti dello Spencer-Wells, e non essendone uscita che qualche goccia di liquido denso giallognolo, si persuase che detto tumore era in gran parte solido. Allora si accinse alla estrazione, ma il tumore per nessuno dei suoi diametri potendo uscire dalla ferita fatta sulla parete addominale, allungò di 12 centim. in alto il primo taglio, e così potè liberamente estrarlo, e distaccarlo, previa l'applicazione del clamp. Provvisto all'emostasi, e fatta la medicatura, l'inferma fu posta in letto, che potè poi lasciare perfettamente guarita 20 giorni dopo l'operazione, senza avere presentati fenomeni di rilievo.

Kennedy. — *Sulla cura dell'insonnio nelle affezioni acute dei bambini.* — (Dubl. Journ. 1868) Schmidt's Jahrbücher N. 10, 1868.

L'insonnio nelle malattie acute dei bambini, coeteris paribus, è un sintoma molto più serio che negli adulti. In molte guise ciò è confermato dall'osservazione, e tuttavia sembra che questo sintoma abbia attratta ben poco l'attenzione dei medici. Anche quivi nei singoli individui si trovano differenze importanti, e parecchi fanciulli in seguito dell'insonnio e della febbre decadono in tre giorni più che altri in una settimana.

Sopra ogni altra cosa devesi sorvegliare colla massima cura la dieta del bambino; poco nutrimento per volta, però ripetuto spesso, è la regola principale; si concede un poco di latte caldo, dato spesso, il quale è l'alimento il meno irritante, che in ogni caso si può somministrare con un poco di bane bianco. Inoltre uno stimolante, come un poco di vino, per solito è di buon ef-

Digitized by Google

fetto; il vino somministrato caldo, stando all'esperienza dell'autore, fa ottimo effetto; mezz'oncia ad una di vino, in media, può essere una dose sufficiente per un bambino di 6-8 anni.

Fra i rimedi specifici calmanti l'autore dà per lo più la preferenza alla tintura di iosciamo ad una dramma al giorno per fanciulli di 4 anni, malgrado che da alcuni venga negata a questa tintura ogni azione calmante: ai fanciulli più attempati si dà una dose maggiore fino a due dramme, solo quando però le piccole dosi non hanno prodotto azione sufficiente. Gli oppiacei, i quali nei bambini vanno dati colla massima precauzione, l'autore li adopera solo nei casi più ribelli; la tintura d'oppio, spalmandone un pannilino, che vien posto sul basso ventre, oppure il laudano nella stessa guisa; naturalmente si deve essere molto guardinghi con questi rimedi nei lattanti.

Finalmente anche la direzione del letto durante il sonno l'autore la ritiene come importante, e crede che il sonno più tranquillo si abbia quando il corpo sia adagiato dal nord al sud. Per esso non avvi dubbio alcuno, che le correnti elettriche, le quali di continuo circuiscono la terra, in questa posizione del corpo agiscano calmando. Egli aggiunge che le alte sfere della società sono più sensibili a questo momento calmante, delle sfere più basse; perciò nella pratica d'ospitale ne vide successi meno splendidi, che nella pratica privata, quando il letto fu collocato nella dovuta direzione (?). Certamente non usò mai sola la posizione prescritta, ma sempre in unione colle regole summenzionate, quindi non vi si può assegnare che un'influenza assai dubbia.

Ferber. — *Errore nello scrivere, fatto abitualmenteda una malata per encefalo-patia* (agrafia). — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 10, 1869.

Una dama di 65 anni, che soffriva d'ipertrofia di cuore con probabile degenerazione ateromatosa dei vasi, e che da qualche anno provava accessi di dolore nella parte sinistra del capo, che venivano allegeriti da susseguenti epistassi, nel 30 Settembre 1868 dopo il desinare fu presa improvvisamente da apoplessia con vomito e delirio, verosimilmente in seguito ad embolismo. Per 10 giorni essa giacque in istato completamente soporoso, diceva solo «*hör*» e «*ja*», non riconosceva alcuno, non poteva deglutire, e poco poteva muovere il braccio e la gamba del lato destro. Dopo trascorsi questo tempo gradatamente ritornò la coscienza, però le era difficile di ritrovare la denominazione esatta dei singoli oggetti. Dopo parecchie settimane migliorò anche questo stato; nella gamba non era rimasta affatto debolezza, ma nel braccio e segnatamente nel dorso della mano provava un senso di tensione, cosicchè spesso non poteva ben chiuderla, benchè del resto fosse abbastanza spedita, da poter esser impiegata per far lavori a maglia, ed anche per scrivere. Nelle prime prove scrisse alcune lettere a suo figlio, che disgraziatamente non poterono esser vedute dal Dott. Ferber, però gli fu narrato, siccome fenomeno stravagante, che la malata non scriveva più esattamente il proprio nome, che al certo aveva scritto migliaia di volte durante la vita, e che anzi invece del *ch*, che trovavasi in mezzo ad esso, aveva sempre scritto una *g* dopo la sua malattia. Da ulteriori informazioni si raccolse, che essa nelle piccole lettere, che per lo più non sorpassavano alcune righe, preferentemente scambiava le lettere *b* e *g* e *b* ed *m*; così scriveva ripetutamente *Butter* invece di *Mutter* (madre). Del resto essa ragionava facilmente, e solo di rado non poteva rammentare una parola, che desiderava, per contrassegnare qualche cosa. Gli errori nello scrivere si osservavano specialmente sul fine dei periodi. Circa al Natale la malata inviando un dono al Dott. Ferber, l'accompagnò con un biglietto, in cui notavansi i soliti scambi di lettere, p. es. *g* invece di *sch* ecc. Ora, nel principio di Gennaio, la malata cammina bene, fa le sue visite, ma però ancora continua nel medesimo errore nello scrivere, ed anche suole anteporre qualche lettera ad un'altra, p. es. *omdern* invece di *modern* (moderno).

Ferber conchiude dicendo, che simili fenomeni furon osservati anche da Charlton Bastian e da Ogle, che per primo li distinse col nome di *agrafia*.

Schmitt. — *Un caso di tetano reumatico, guarito colla tintura della fava di Calabar.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 61, 1869.

Il caso comunicato da Schmitt riguarda una bambina di 8 anni, che dopo essersi esposta a cause reumatizzanti, fu presa da tetano opistotono e trisma. Dopo esser stata trattata col calomelano internamente, colle frizioni mercuriali lungo il dorso, e con inviluppi di lana sul collo e sulle mascelle, vedendo che gli accessi si facevano più frequenti e più intensi, sull'esempio del dottor Watson di Glasgow, che aveva guariti due casi di tetano traumatico con la fava di Calabar, fu amministrata la tintura di questa fava, preparata secondo la seguente formola: P. di fava di Calabar centigr. 18; affondivi spirito di vino rett. 120; macera per 8 giorni, spremi e filtra a riduzione di 90. — 10 gocce ogni ora. Il miglioramento si mostrò quasi istantaneamente, perchè gli accessi

Digitized by Google

si fecero più deboli e più rari, e dopo l'uso di 50 gocce cessarono completamente; però i muscoli si mantenevano egualmente rigidi, e non appena diradato o sospeso l'uso del rimedio, gli accessi non tardavano a ripresentarsi, per svanire di nuovo appena si ripigliava l'uso della tintura. Nel 18.° giorno di malattia, avendo l'inferma migliorato, furono continuate a dare le 10 gocce di tintura, però ogni 3 ore, e nel 20.° giorno, solo 4 volte nel corso della giornata: nel 24.° giorno la malata potè dirsi completamente guarita. — In tutto furono amministrati 60 grammi di tintura della fava del Calabar.

Dopo l'uso di questo rimedio si osservava sempre forte sudore, aumentata secrezione di muco nella bocca e stimolo ad orinare. Il Dott. Schmitt raccomanda questo metodo di cura, e dice che la storia del suo caso dimostra, che non deve sospendersi l'uso del farmaco, finchè i muscoli conservano la loro rigidità, quand'anche le convulsioni non siano ritornate da parecchio tempo, altrimenti esse ritornano sempre.

Zuelzer e Sonnenschein. — *Sulla presenza di un alcaloide nei liquidi putridi.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 12, 1869.

I dottori Zuelzer e Sonnenschein credono che il complesso di fenomeni, che si comprende sotto il nome d'infezione putrida, o meglio d'*intossicazione putrida*, provenga dall'introduzione nell'organismo animale di sostanze putrefatte; ed hanno osservato, che detti fenomeni rassomigliano in certo qual modo a quelli prodotti dall'avvelenamento con alcaloidi narcotici.

Quest'osservazione li ha spinti a ricercare nei liquidi la presenza di un alcaloide; ed infatti dopo un lungo processo pervennero ad ottenerne uno a reazione fortemente alcalina, sotto forma di cristalli aghiformi, e che trattato con diversi reagenti, dava le seguenti reazioni:

Con acido fosforo-molibdenico, prec. giallo fioccoso.
» cloruro di platino, prec. giallo-bruno, conglom.
» cloruro di oro, precip. giallo, cristallino.
» soluzione di iodio, precip. bruno-cremisi.
» soluzione di tannino, precip. bianco, fioccoso.
» bicloruro di mercurio, prec. bianco, caseoso, abbondante.

In virtù di queste reazioni si fece patente la grande analogia, che passa fra quest'alcaloide e l'atropina e la iosciamina.

Gli autori ne esperimentarono anche l'azione fisiologica, ed osservarono che dava luogo a quei medesimi fenomeni, che vengono prodotti dall'atropina a piccola dose, cioè midriasi, paresi del canale intestinale, ed acceleramento delle pulsazioni cardiache. Gli esperimenti furono fatti sui cani e sui conigli. L'alcaloide fu estratto da liquidi di macerazione dell'instituto anatomico, ed anche da un liquido, in cui era stata posta a putrefare carne muscolare.

Gli autori, che ora hanno inteso di dare soltanto una comunicazione preliminare, promettono di pubblicare in appresso i risultati delle ulteriori esperienze, di cui si stanno occupando.

Notizie terapeutiche. — Berl. klin. Wochenschrift, N. 7, 1869.

Hyde Salter autore di uno dei migliori lavori sull'asma, nel The Lancet del 30 Gennaio 1869, raccomanda vivamente la *belladonna* come il rimedio che è più da preferirsi contro l'asma. Dice che bisogna dare dosi ognora crescenti, fino a che non succeda la guarigione. Salter usa di diversi preparati; da principio amministra 10 gocce di tintura (Farmac. Inglese), e l'aumenta sino a 20 gocce per dose 3 volte al giorno. Usa con successo anche una soluzione di atropina.

Nel medesimo giornale Sieveking comunica due casi di soffocazione per ossido di carbonio, guariti mercè le inalazioni di *gas ossigeno*.

Abeille (Gazz. des Hôpit.) raccomanda come molto importanti le inspirazioni di *vapori umidi* di *cinabro* contro la difterite ed il croup della laringe. Per fare svolgere questi vapori egli riscalda sino all'ebollizione l'acqua di una capsula; mercè una lampada a spirito, e vi aggiunge 2 grammi di cinabro e fiori di malva e papavero, l'apparato deve funzionare incessantemente nella camera del malato, spesso deve aggiungersi acqua, ed ogni 4 ore due grammi di cinabro.

Barbosa di Lisbona raccomanda le insufflazioni di fiori di solfo contro la *difterite*, e dice di avere guariti 18 malati; verosimilmente si trattava però di difterite faringea e non della laringe.

Wagner. — *Aneurisma dell'arco dell'aorta.* — Berl. klin. Wochenschrift, N. 13, 1869.

Nella seduta di Dicembre della Società medica di Königsberg, Wagner riferì sopra un caso di malattia, nel quale (trattavasi di uomo che era stato sempre sano) sopravvennero improvvisamente gravi fenomeni di soffocazione. Ciò non poteva dipendere da alcun ostacolo, che si trovasse dentro il laringe; anche l'ascoltazione del cuore non vi fece rinvenire alcun momento causale.

Gli accessi di soffocazione sopravvennero da pri-

Digitized by Google

ma a lunghi intervalli, però crebbero rapidamente, in numero ed in intensità. In uno di essi fuvvi tale pericolo di vita, che Wagner, non ostante i molti dubbi che aveva riguardo al successo, credette di dover fare la tracheotomia.

Dopo l'operazione, in cui fu confermata l'opinione che niun ostacolo si dovesse trovare nella trachea, il malato contro ogni aspettazione si sentì molto meglio, però per breve tempo, giacchè un nuovo accesso di soffocazione pose fine alla vita dell'infermo nel giorno seguente.

Alla sezione si trovò un aneurisma dissecante della parete posteriore dell'arco dell'aorta, nel punto di uscita del tronco anonimo.

Steinthal. — *Della glicerina.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 14, 1869.

Fra i medicamenti, che sono stati decantati nell'ultimo decennio, la glicerina ha preso un posto così importante, che nessun rimedio da 25 anni a questa parte ha avuto un uso così esteso e così ricco di successi. Però quanto più se ne è generalizzato l'uso nei tempi moderni dai medici, dai chirurgi, dagli oculisti o dagli otiatri, tanto più apparisce urgente di fare osservare, che può esser usata senza pregiudizio la sola glicerina pura e non falsificata, mentre spessissimo essa contiene acidi grassi fluidi, basi metalliche, solfati e cloruri, e non raramente viene falsificata con queste sostanze. — La glicerina officinale pura deve avere le seguenti proprietà: 1) Deve essere assolutamente incolora ed inodora. 2) Deve avere un sapore zuccherino puro, ed essere di consistenza sciropposa. 3) Deve almeno segnare 28 gradi dell'areometro. 4) Non deve reagire nè colla laccamuffa, nè col succo di viole. 5) Non deve dare alcun precipitato coi diversi reagenti.

Dott. C. LOMBROSO

Klinische Beiträge zur Psychiatrie

Leipzig. — O. Wigand. 1869.

Physikalische, statistische Studien und Krankengeschichten, gesammelt und aus dem Italienischen übertragen von D.r Fraenkel

Sotto questo titolo il celebre Fraenkel raccoglieva ed annotava una gran parte delle opere psichiatriche del Prof. Lombroso, omettendone tutta la parte di pura erudizione, e distribuendole in modo che riescissero a formare un trattato completo di psichiatria studiata col metodo esperimentale.

Il lavoro comincia con uno studio sul peso del corpo nell'uomo sano ed alienato; segue poi l'esame della cute, nel quale però duole che il traduttore abbia dimenticato il lavoro sulle pigmentazioni cutanee, e l'erpetismo, che vi avrebbe trovato il suo posto. Segue la misura del cranio nei sani e negli alienati, la dinamometria, l'algometria, le orine degli alienati ed una piccola parte degli studi sull'azione degli astri e delle meteore sulla mente umana. S'aggiunge un estratto del lavoro del Dottor Golgi sull'eziologia delle malattie mentali. Quindi la medicina legale degli alienati studiata col metodo esperimentale, la pellagra maniaca, il cretinismo in Lombardia e Liguria, e le storie cliniche, di cui molto già comparvero nel nostro giornale. Era difficile condensare in un più piccolo spazio tanta copia di materiali.

Lo precede una prefazione dell'illustre traduttore scritta con molto brio ed eleganza di stile, in cui si considerano le origini e gli scopi della nuova scuola psichiatrica del Prof. Lombroso, e se ne mostra l'opportunità, e si segnano i grandi tratti della storia della psichiatria in Italia, che « anche in questo come nella politica e nelle arti non è avvezza ad andare terra terra con passo uniforme, ma a salti di gigante alternati da lunghi riposi.

Il merito, dic'egli, dei lavori del Lombroso consiste nell'aver cercato di porre finalmente in opera quello che il Friedreich aveva tentato 20 anni fa, cioè di dare alla psichiatria delle basi più solide, che non fossero le fantasticherie dei filosofi, fondandosi sul peso, misura ecc. Se è giusta la sentenza di Valentin. che solo sicura è quella verità, la quale si esprime in formole matematiche, le opere del Lombroso hanno certo il diritto di essere calcolate ed essere cimentate al controllo.

L'azione dei processi discrasici sull'alienazione e l'interpretazione antropologica di essa sembrano la mira speciale della nuova scuola inaugurata dal Lombroso, scuola che forse attinse nuove forze dal rigoglio nazionale destato dai nuovi avvenimenti politici del suo paese. »

Quanto allo stile della traduzione egli è degno di quell'uomo illustre, poichè senza pretendere a tradurre letteralmente, cerca di salvare l'essenziale del concetto, il che secondo noi è il massimo sforzo del traduttore, il quale quando non sa ridurre, invece del tradurre, guasta.

G.

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 6. BOLOGNA 30 Giugno 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale)

MEMORIA

DEL

Dott. ERCOLE GALVAGNI

Fra le varie specie di peritoniti ammesse dagli autori non è stato fino ad oggi concesso nei trattati un posto abbastanza largo e distinto, quale sembrami meritare, a quella specie che è costituita da una effusione piuttosto rapida di umore sieroso o siero-fibrinoso, e che è paralella e comparabile alla pleurite ad essudato liquido, occupante già da tempo un posto nel quadro nosologico, ed alla irritazione o grado infiammatorio leggiero delle altre sierose e delle sinoviali. Io non so capacitarmi come la conoscenza che si ha della pleurite ad essudato sieroso non abbia spinto a dare una analoga interpretazione a quei casi assai frequenti, in cui si effonde un liquido sieroso nel cavo del peritoneo, e che talfiata vanno a guarigione, facendo in questi come in quella una distinzione recisa fra le effusioni, che accompagnano il processo tubercolare, e le altre che sono primitive, forze provocate da cause reumatiche. Ma no, che rispetto all'idrope essenziale del peritoneo si è voluto dalla più parte dei medici derivarla sempre dal processo tubercolare, ponendo in non cale le alcune guarigioni, che si sono incontrate nella pratica, e che perciò rimangono affatto inesplicate; e non avvisando, che se la necroscopia, dopo una lunga durata del morbo, metteva sott'occhi una tubercolosi peritoneale, poteva bene essere accaduto quello che succede nella pleura, stando al parere accreditato di parecchi osservatori e in ispecie di Trousseau, che cioè il processo tubercolare fosse venuto più tardi a sovrapporsi alla semplice infiammazione della sierosa.

Varie circostanze hanno concorso e concorrono a che questi casi non abbiano una conveniente interpretazione; e per primo il fatto che queste infermità, il cui decorso è in generale assai lungo, vengono in sul principio osservate da medici, che non hanno tempo da impiegare nel raccogliere e pubblicare i casi interessanti, e spesso i medici si succedono nella cura rapidamente gli uni agli altri a norma del capriccio degli ammalati, e solo tardi questi sogliono capitare negli ospedali e nelle cliniche, ma di passaggio, oppure a malattia avanzatissima, quando cioè essi stanno per essere rapiti dalla sopraggiunta tubercolosi peritoneale. — In secondo luogo le alterazioni che presto soffre il processo morboso in causa di cure irrazionali, di strapazzi e disordini dietetici, di cambiamento continuo di medici, dell'affidarsi alle cure dei cerretani, ed altrettali, fanno sì che quel processo semplice, che con buone norme igieniche e cure addatte si sarebbe risoluto col riassorbimento del liquido effuso, per le dette cause si snatura, incronichisce, disturbando così il processo nutritivo, già in parte guasto dal lato dello stomaco per l'abuso dei rimedi interni, con che si prepara un terreno atto allo svolgimento della tubercolosi.

Non pretendo già che il considerare tali asciti essenziali od idiopatiche come una specie di peritonite sia cosa nuova affatto. Asserisco solo che questo concetto non è chiaramente e nettamente affermato dai trattatisti, sebbene sia adombrato in alcune memorie, e qui appresso fornirò le prove del mio asserto; talchè puossi dire che non è ancora entrato nel dominio della scienza.

Essendo mio dovere di esporre qui come punto di partenza del mio lavoro le opinioni correnti su questo soggetto, metterò innanzi al lettore quelle di due riputati trattatisti di patologia speciale, l'uno francese e l'altro tedesco, il Grisolle ed il Niemeyer, cui fanno capo le scuole dei paesi rispettivi.

Il Grisolle parlando della *peritonite cronica*, nel quale capitolo dovrebbe entrare, a mio parere, la forma in questione, dice (1) che *è quasi sempre tubercolosa*; e riguardo al liquido che si raccoglie nel peritoneo, nota più avanti, che ben di rado questa raccolta è considerevole, ed una sola volta egli l'ha vista giungere a grammi 2000. — Tale ultima asserzione basta a provarci, che in questo capitolo non si allude alla nostra peritonite, nella quale, come si vedrà, l'effusione liquida è quasi

(1) Grisolle. Trattato di Patologia interna. Traduzione con note del Dott. Alessandro Del-Corso. Livorno 1853, pag. 294 e seg.

Digitized by Google

sempre abbondantissima. — Nel capitolo dell'ascite (1) afferma, che esiste in realtà un'ascite idiopatica, che riveste quasi sempre la forma stenica, e si osserva quasi unicamente nei soggetti giovani e robusti, e si vede succedere alla soppressione di una emorragia (forse una fortuita coincidenza, perchè nei non pochi casi da me visti non fu notata questa cagione), ma più spesso alla impressione del freddo ecc. Dichiara però inconcludenti le osservazioni di La Harpe di Losanna, il quale asseriva di avere trovato nella sierosità di alcuni ascitici una proporzione di fibrina coagulantesi spontaneamente nelle asciti steniche, che secondo questo autore sarebbero intermedie fra la semplice esalazione di sierosità e la peritonite con produzione di pseudo-membrane. — Più oltre il Grisolle soggiunge, che l'*ascite è quasi sempre sintomatica*, ed inculca di non dimenticare, che asciti in apparenza spontanee, che sopraggiungono rapidamente e senza dolore in giovani soggetti ed in mezzo alle apparenze della salute, si collegano spesso ad una grave lesione del peritoneo, alla presenza di *tubercoli miliari;* e che non ostante questa alterazione alcuni malati ristabilisconsi momentaneamente, e sono tolti di vita più tardi da una recidiva, o da un'altra affezione procedente dalla diatesi stessa: — e qui narra di una ragazza, la quale senza causa nota ammalò di una ascite, che si dileguò mirabilmente dopo alcune settimane, e poco dopo l'apparente guarigione venne di nuovo all'ospedale per morirvi di una *meningite granulosa;* all'autopsia trovaronsi granulazioni miliari nelle meningi, nel peritoneo, non che in questo ultimo alcune pseudomembrane ed un resto di effusione liquida.

Dunque il Grisolle ammette la esistenza di una ascite idiopatica, ma nel fatto poi la tiene rara, poichè vuole l'ascite quasi in ogni caso sintomatica, e più spesso dovuta alla presenza di tubercoli miliari nel peritoneo. In oltre egli non la colloca nel capitolo della peritonite cronica, ove dovrebbe entrare; e da ultimo non la descrive separatamente, come meriterebbe, ma confusa con ogni specie di asciti, colle quali non ha alcuna analogia di natura.

Il Niemeyer, che distingue la peritonite in tre forme, e cioè 1.° nella peritonite acuta diffusa, 2.° nella peritonite parziale acuta, e 3.° nella peritonite cronica, accennerebbe a porla nella prima categoria, senza punto descriverla nè tampoco metterla abbastanza in rilievo.

Io di questa forma non saprei farne una malattia prettamente acuta, benchè offra nei suoi primordi per qualche tempo un leggero stato febbrile, essendone in generale il decorso lunghissimo; dovrei quindi collocarla nella terza categoria del Niemeyer. Invece seguendo sempre il mio prediletto paralello colla pleurite ad essudazione liquida, accetto in parte pel peritoneo la classificazione data dal Niemeyer per le flogosi della pleura, ed applicandola al caso, ammetto pure una *peritonite con abbondante essudato sieroso o siero-fibrinoso*, che più brevemente appellerò ancora *peritonite sierosa o siero-fibrinosa*.

E. Gintrac nel suo articolo sull'*ascite* (1), compilato sopra un gran numero di lavori di altri medici ed alcuni suoi, ci dà una qualche descrizione della ascite essenziale, che sebbene in molti punti inesatta, nullameno è la migliore che io mi conosca, e in certo modo si avvicina a quella che sarò per dare nella fine di questa memoria.

Esso dice che non sono numerosi, ma che esistono nella letteratura medica alcuni casi autentici di ascite essenziale, i quali non dipendono da una alterazione di tessuto; — e racconta di un uomo ben costituito, cui sopravvenne uno spandimento peritoneale in seguito a soppressa traspirazione, non preceduto da dolori all'addome, senza indizi di lesioni di organi, che scomparve rapidamente sotto l'uso dei diuretici, di alcuni purgativi e dei bagni a vapore. — Aggiunge di avere osservati alcuni altri casi di spandimenti peritoneali in analoghe condizioni, cioè senza disturbo dello stato generale, e delle funzioni digestive, respiratorie e circolatorie, senza dolore, senza febbre, che guarirono con rapidità. Ammette che l'ascite idiopatica dipenda da una iperstenia generale e locale, la quale non lascia nel peritoneo alcuna modificazione di tessitura; che si osservi in adulti di buona costituzione, pletorici, ed in giovinette all'epoca della pubertà o negli anni che la seguono (*ascite delle ragazze* secondo Cruveilhier); e che succeda ad ingestione di bevande fredde, a soppressa traspirazione, od anche a soppressione di un esantema (morbillo, scarlattina), di una emorragia, o di un flusso abituale. Secondo esso l'ascite idiopatica ha un andamento talfiata assai rapido, e la effusione sierosa si forma e si dissipa prestamente; nullameno il riassorbimento è sempre più lento dell'effusione. Può terminare, però assai di rado, per risoluzione, effettuandosi abbondante profluvio di orine, vomito, diarrea, sudori generali, e questi sintomi quando isolati quando simultanei. — Assevera inoltre il Gintrac, che l'ascite può scomparire bruscamente, per far posto ad un'altra idropisia, avvenendo una specie di metastasi; — e cita Andral, il quale ha visto un'ascite scomparire rapidamente, e subentrare un'idropisia dei ventricoli cerebrali. — Ma rispetto a queste pretese metastasi, non è ben chiaro se l'autore intenda riferirsi alle asci-

(1) loco citato, pag. 429 e seg.

(1) Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques etc. Paris — in corso di stampa.

Digitized by Google

ti in genere, come porta la natura del suo lavoro, ed alla sola ascite essenziale.

Ammesso anche che alludesse alla sola ascite essenziale, io non sarei inclinato a vedere una metastasi in questa complicazione, ma piuttosto uno svolgimento contemporaneo, o quasi, di due affezioni della medesima natura su tessuti della stessa specie, cioè sopra due membrane sierose. Invero egli è un fatto assai curioso ed interessante, che ho osservato in molti dei miei casi, quello che la peritonite ad essudato sieroso si associa volentieri ad analogo processo in altre sierose, precisamente nella pleura e fors' anche nella vaginale del testicolo; e non nel senso che la malattia di una località insorga al cessare di quella dell'altra, ma piuttosto decorrendo contemporanee, senza però che il loro esordire rimonti sempre all' epoca stessa, forse originate dalla medesima causa. Ciò prova indubbiamente la parentela strettissima, che passa fra queste varie alterazioni, e inoltre giustifica per intero il paragone, che poc'anzi ho istituito fra la peritonite in discorso e la ben nota pleurite ad essudato liquido, paragone che in sè contiene l'idea fondamentale di questo lavoro.

Già Trousseau (1) in una delle sue lezioni sulla pleurite ha notato di volo questo contemporaneo ammalare di più sacchi sierosi, e dice che l'idrotorace acuto è evidentemente legato il più spesso ad uno stato speciale, ad una specie di *diatesi sierosa*, la quale potendosi palesare solo per lo spandimento pleuritico, può pure tradursi in pari tempo per nuovi spandimenti in altre cavità. — In conferma di ciò racconta di un uomo, che entrò nel servizio di Rostan con uno spandimento pleuritico unilaterale, pel quale fu fatta due volte la toracentesi con evacuazione di sierosità pura. Passato poco dopo nel servizio dello stesso Trousseau, offrì una pleurite doppia, e di più una peritonite subacuta, che parimenti aveva dato luogo ad uno spandimento ascitico considerevole. Qui dunque esisteva senza dubbio una singolare disposizione alla flogosi delle membrane sierose. All'autopsia fu trovata la superficie del peritoneo coperta di piccole granulazioni, che davano alla membrana l'aspetto della carne d'uccello (chair d'oiseau), e queste piccole granulazioni non avevano alcuno dei caratteri dei prodotti tubercolari, di cui d'altronde non si trovavano traccie negli altri organi.

Ma su questo fatto singolare, del contemporaneo ammalarsi di varie sierose, mi propongo di ritornarvi sopra in altro punto di questa memoria, avvegnachè io lo reputi una delle più nuove fra le cose che sarò per esporre, non volendo dare, rispetto alla priorità dell' avervi chiamata sopra l'attenzione, soverchio peso ai due casi citati di sfuggita dall'Andral e dal Trousseau.

Il Dubini in un suo pregevole lavoro sull'*ascite libera primaria* (1), esposto in forma aforistica, che stando alla cronologia avrebbe dovuto essere annotato prima dei precedenti, stima che la ragione dell'ascite debba trovarsi in una delle cinque condizioni che seguono: o in una peritonite, o in una ipertrofia dei visceri degli ipocondri, o nella presenza di tumori intra-addominali, o in una disenteria presente o pregressa, ovvero finalmente in una cirrosi epatica; — e sarebbe proclive a credere, che qualunque di tali condizioni esistesse, ne originasse sempre la peritonite. e come conseguenza di questa l'ascite, per cui la peritonite sarebbe come l'anello di congiunzione fra la cagione prima e l'ultimo effetto, che è l' ascite.

Quest'ultimo pensamento nella sua generalità oggi non è ammesso, poichè a mo' d'esempio nel caso della cirrosi epatica l' ascite si crede senz'altro di origine puramente meccanica, lo che pel Dubini in quell' epoca (1849) non era provato abbastanza. Ma debbesi però riconoscere per giustizia, che ammettendo col dotto autore la peritonite quale intermedio necessario fra l'ascite e le sue cause remote, viene permesso di rannodare logicamente in un capitolo distinto gli svariati casi di ascite, evitando l'anomalia, di cui ho fatto addebito agli autori citati, di riunire assieme per forza tante malattie diverse, che non hanno altro punto di contatto che un semplice sintoma.

Da queste varie citazioni mi sembrano provate due cose, — che cioè l'opinione della maggioranza dei medici non è bene fissata su questo punto di patologia speciale, e che se da pochissimi si ammette confusamente e con molte inesattezze qualche cosa di analogo alla forma di peritonite, che verrà descritta, dalla più parte non vi è rivolta nemmeno l'attenzione; — in secondo luogo che il mio modo di pensare ha pure un qualche fondamento, e merita di essere discusso. Ma ciò che mi garantisce completamente dall' essermi illuso nella interpretazione dei casi da narrarsi, sono le opinioni che hanno corso sull'argomento nella nostra Clinica medica.

Sono già parecchi anni, che il Prof. Concato, ammaestrato dal favorevole andamento di alcuni fatti relativi, nella sua Clinica diagnostica la peritonite semplice, o reumatica come egli la chiama, in quei casi in cui tempo prima, quando non era ancora in possesso di quella pratica indipendente ed originale, che lo fa tanto stimato fra i

(1) Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1861, pag. 639.

(1) Dubini Angelo. — Convincimenti clinici intorno all' ascite libera primaria, espressi con brevi proposizioni. — Gazzetta medica lombarda, anno 1849, pag. 226.

Digitized by Google

medici italiani, non avrebbe esitato dietro le altrui pedate a diagnosticare di peritonite tubercolare. Ed appunto pel migliore indirizzo che mercè sua hanno preso fra noi gli studi medici, ed in particolare la terapia, sia per la scelta dei mezzi, che per la maggiore semplicità delle cure, e pel rispetto che ora si ha maggiore pei processi spontanei riparatori dell'organismo, ne è venuta tale relativa benignità nel processo morboso in discorso, che sonosi moltiplicati i fatti di guarigione, che prima erano eccezionali, e comincia a dileguarsi quel pregiudizio invalso appo noi, che gli ascitici in genere condannava a morte quasi sicura.

Alcuni dei fatti che riporto furono osservati da me fuori degli spedali e seguiti per un tempo abbastanza lungo nel loro decorso, avendo essi vivamente attirata la mia attenzione. Parecchie delle storie relative sono frammentarie, perchè i casi furono visti di sfuggita una o poche volte; ma avendoli nullameno esaminati con qualche accuratezza, ed assunte le necessarie informazioni dai medici curanti, io ritengo abbiano un qualche valore, come che presentanti, se non l'intero quadro morboso, alcuni punti almeno dei più saglienti: d'altronde trattandosi di una malattia non ancora convenientemente studiata e descritta, io doveva far tesoro di ogni particolarità che vi si riferisse. Altre di queste storie, e naturalmente le più complete, furono riassunte sulle cartelle della Clinica del Prof. Concato, il quale gentilmente mi ha permesso di pubblicarle in appoggio alle mie.

Osserv. I.ª — *Peritonite sierosa; miglioramento.*

Lanzoni Benedetto di Pieve di Cento, d'anni 24, sartore, di costituzione robusta. — Sua madre moriva a 40 anni di tisi pulmonare, ed una sorella a 18 con suppurazione delle glandule del collo. — Fu sempre sano fino a 20 anni; arruolatosi in quest'epoca come volontario nei bersaglieri (1859), andava soffrendo ad ogni marcia di palpitazioni e dispnea, da costringerlo al letto in caserma per qualche ora, talchè dopo 23 mesi fu congedato dalla milizia. A casa stette meglio, atteso il riguardo che si aveva. Nel Gennaio del 1861, per essersi esposto al freddo a corpo sudante, fu preso da tosse piuttosto secca, che presto si mitigò, senza poi cessare completamente. — Con pochi altri malanni e di nessun rilievo è giunto fino all'Agosto 1864, quando per una nuova impressione di freddo a corpo sudante, avuta alla caccia, venne assalito da dolori pungitivi ora al lato destro ora al sinistro della base del torace, scomparsi i quali un mese dopo sopravvenne un dolore piuttosto ottuso su quasi tutto l'ambito addominale, non continuo, esacerbantesi dopo il pasto, che da principio non lo costrinse a desistere dal lavorare. Esso dolore andò crescendo, conservandosi discreto l'appetito e regolari le funzioni degli intestini, finchè a metà del Novembre si accorse che il ventre si gonfiava e si faceva duro, e divenne un po' stitico, con invito inane a defecare. Ebbe tosto qualche passeggiero miglioramento dal riposo in letto, da purgativi, clisteri, empiastri ed unzioni; più tardi i purgativi gli crescevano i dolori, e da ultimo provò difficoltà e bruciore nell'emettere le orine, massime quando era maggiore la stitichezza. — Non fu mai mangiatore e bevitore, nè abusò dei piaceri di Venere.

Accolto in Clinica Medica il 30 *Gennaio* 1865, oltre i fenomeni indicati l'infermo presenta l'addome molto gonfio, alla percussione ottuso per la massima parte, tranne alla regione epigastrica, dove il suono è timpanico, ed agli ipocondri, nei quali avvi ottusità timpanica; manifesta fluttuazione. Agli organi respiratori non si offre alcun apprezzabile fenomeno fisico.

Orine scarse, *senz' albume*.

Sera. — Temp. 38; puls. 96; resp. 32.

Per cura, clisteri, empiastri di linseme sul ventre, soluzione di morfina internamente.

31 *Gennaio*, *mattina.* — Temp. 38; puls. 94; resp. 32.

Sera. — Temp. 38 $^1/_5$; puls. 96; resp. 32.

1 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 38 $^1/_5$; puls. 92; resp. 32.

Orine grammi 400.

Sera. — Temp. 38 $^2/_5$; puls. 82; resp. 32.

2 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37 $^2/_5$.

I dolori all'addome sono diminuiti; ha avuto spontaneamente una scarica abbondante di materie molli, di color giallo verdastro.

Orine grammi 400, emesse sempre con bruciore.

Sera. — Temp. 37 $^4/_5$.

3 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37.

Le orine sempre scarse; il bruciore nell'urinare è diminuito; appetito molto; sonno tranquillo nella notte.

Sera. — Temp. 37 $^2/_5$; puls. 80.

4 *Febbraio.* — Sudore profuso nella notte; dolori miti, minore tensione e volume del ventre; continua la stitichezza.

Orine grammi 1000.

La temperatura da ora in poi non si eleva mai più sopra la normale.

5 *Febbraio.* — Orine grammi 1300.

Olio di fegato di merluzzo, pennellatura dell'addome con tintura di iodio, semicupi tiepidi.

6 *Febbraio.* — Orine grammi 1300.

8 *e* 9 *Febbraio.* — Cominciano ad aversi spontaneamente evacuazioni alvine semiliquide; il ventre va sgonfiandosi; lo stato generale è eccellente.

10 *Febbraio.* — Orine grammi 600, di nuovo accompagnate da bruciore nell'emetterle; scariche alvine sempre abbondanti; sudori in discreta copia.

Digitized by Google

11 *Febbraio.* — Orine grammi 500. Del resto come ieri.

15 *Febbraio.* — Orine grammi 500. Si ha una scarica alvina non più semiliquida come nei giorni precedenti, ma con caratteri normali; l'appetito è molto. Il ventre alla palpazione duole solo in basso, e moderatamente; la fluttuazione è appena percettibile. L'esame fisico dell'addome addimostra che il fegato e la milza non sono ingranditi, e che non esistono tumori.

16 *Febbraio.* — Orine grammi 800.

17 *Febbraio.* — Orine grammi 1300; sudori discreti. Continuamo regolari per copia e qualità le evacuazioni alvine; il ventre è anco un po' teso.

Nei giorni seguenti il miglioramento continua, le funzioni si regolarizzano, e l'infermo esce dalla Clinica il 27 *Febbraio* 1865 quasi guarito (1).

Questa ascite, che doveva dirsi necessariamente idiopatica od essenziale, posciachè venivano escluse, sia per la mancanza dei rispettivi dati fisici che per l'andamento del caso, tutte le malattie dei visceri degli ipocondri, e la degenerazione tubercolare e carcinomatosa del peritoneo, non poteva ascriversi che ad una semplice e leggiera infiammazione di questa membrana, da doversi ritenere di indole reumatica, volendo dare il debito peso a quella causa, che parve ingenerarla. Depone in favore della natura infiammatoria del processo il cupo dolore addominale spontaneo, e che si svegliava sotto la pressione; l'elevamento costante della temperatura, verificato nei primi giorni di degenza nello spedale; e da ultimo il modo di decorrere della essudazione sierosa, che presentò un periodo di aumento, seguito da un periodo di stato, poi di *spontaneo* decremento, il quale ultimo di certo non fu dovuto ad influenza terapeutica, ma si collegò a spontanee ed abbondanti deiezioni alvine, a sudori, ed in complesso a copia maggiore di urine. Sull'interessante argomento della guarigione spontanea di queste asciti, io mi propongo di ritornarvi sopra con qualche insistenza in altri punti di questa memoria, perchè ciò rileva assai per la pratica. Io giudico spontanea qui la guarigione dell'ascite, ad onta che si siano usate le pennellature colla tintura di iodio, perchè ritengo che la debole azione rivellente, che esercita questo rimedio applicato sulla pelle dell'addome (una azione interna dello iodio entrato per assorbimento non mi sembra ammissibile in questi casi), sia sproporzionata se mai alla intensità ed estensione del processo, che risiede in quella vasta superficie sierosa, che è il peritoneo. Questa mia persuasione spero verrà condivisa in seguito dal lettore, non perchè con qualche fatto incisivo abbia potuto darne una dimostrazione rigorosa, ma come risultato complessivo della analisi di tutte le osservazioni. In questa il decrescere della essudazione ebbe luogo prima sotto l'aumento della diuresi, poi della catarsi e della diaforesi, ed è notevole che in un dato punto la catarsi, che si iniziava, ricondusse di nuovo la diuresi già avviata alle esigue proporzioni di prima.

(1) Era già iniziata la stampa di questa memoria, quando è venuto a mia conoscenza, che il Lanzoni morì alla fine dall'Aprile 1866, con pochi giorni di letto, sotto grave dispnea, dopo avere avuto durante alcuni mesi una diarrea ostinata. Questi furono i soli dati che potei raccogliere.

Osserv. 2.ª — *Peritonite siero-fibrinosa; recidive; guarigione.*

Bianconi Maria di Secerno, d'anni 31, contadina, di buona derivazione. Mestruò per la prima volta a 16 anni, ma il ripetersi di questa funzione fu sempre irregolare, presentandosi i mestrui di tre in tre mesi, e talfiata accompagnati da qualche dolore. Un anno dopo in primavera ebbe febbri intermittenti, che guarirono, e nell'anno appresso una malattia febbrile, che durò circa un mese. Prese marito a 22 anni, e dopo 16 mesi partorì felicemente una prima bambina, con qualche disturbo in principio di gravidanza. Una seconda gravidanza, in cui perdette l'appetito, fu interrotta ai primi mesi da una metrorragia durata due giorni, colla quale escì un corpicciuolo, che fu giudicato un feto abortivo: il giorno appresso si alzava, e ritornava tosto al lavoro. In seguito ha partorito due altre bambine in modo regolare, offrendo negli intervalli fra una gravidanza e l'altra vari fenomeni, come, a quanto asserisce, perdita della sensibilità tattile nelle mani, debolezza, inappetenza, bolo isterico, pallore estremo.

Due giorni dopo l'ultimo parto, accaduto il 21 *Marzo* 1868, si alzò per lavare le biancherie delle sue bambine, e nei giorni seguenti fece tutti i lavori di casa e di campagna; i lochi e la secrezione lattea erano normali. Dopo una ventina di giorni venne risentendo un senso di peso all'ipogastro, come avesse un corpo sferico entro il bacino, talchè nel camminare doveva contenersi la pancia colle mani, e provava qualche dolore; poi ebbe nelle ultime due settimane diminuzione dell'appetito, brividi vespertini seguiti da un po' di calore alla pelle, dolore al capo, urine scarsissime, e brucianti, stitichezza, e mancanza assoluta di sudore, sebbene la stagione fosse piuttosto calda, e si accorse che il ventre le si gonfiava. — Il 14 *Giugno* fu trasportata a Bologna per consultarmi: era pallidissima, fiacca, senza appetito; il ventre molto tumido, però indolente ed abbastanza cedevole, e si riscontrava una distinta fluttuazione ascitica; le gambe non erano edematose. Soffio anemico ai vasi del collo; un rumore accompagnava il primo tono su tutti i punti dell'area cardiaca, massimo però in un luogo in-

Digitized by Google

termedio alla punta ed all'orifizio della pulmonare. Prescrissi assoluto riposo in letto, poi un vasto vescicatorio alla regione ipogastrica. — Il 23 rividi l'inferma, la quale sentivasi assai meglio pel ritorno dell'appetito, e per la diminuita circonferenza del ventre (misurava centim. 85); il vescicatorio era nella pienezza della sua attività. Gliene ordinai un secondo, da applicarsi cessato il primo. — Il 4 *Luglio* ottenni la misura di centim. 81, e il 10 centim. 79. La fluttuazione si verificava a mala pena; colla palpazione non si riscontrava veruna durezza od altra anomalia; il soffio sul cuore era diminuito; l'aspetto migliore; orine abbondanti; il vescicante secondo era pure chiuso. Dal principio della cura fino a questo momento è sempre stata in letto. Le si ordinò una cura sudorifera, facendola stare entro un sacco per alcune ore ogni giorno, come usano i contadini, con che si ottenne abbondante diaforesi: comincia ad alzarsi. — Il 20 *Luglio* il ventre è a centim. 77; nessuna traccia di liquido; aspetto buonissimo, le forze ritornate. Pennellature del ventre con tintura di iodio. — 28 *Luglio*. Il soffio sul cuore è quasi scomparso; suda spontaneamente anche in riposo; ritorna ai lavori campestri.

In questo stato lodevole giunse fino verso la seconda metà del *Settembre*, quando il ventre cominciò a gonfiarsi di nuovo, con alternative in più e in meno, e con frequenti borborigmi; ma nei primi di Ottobre la gonfiezza crebbe risolutamente in modo enorme, sicchè venne accolta nella Clinica Medica (13 *Ottobre* 1868).

Costituzione robusta, forme regolari; pelle bruno-pallida, capelli biondi; mammelle turgide pel sospeso allattamento. Ventre voluminosissimo, con vene sottocutanee assai grosse, indolente, manifestamente fluttuante; non edema ai piedi; edema alle pareti addominali, massime posteriormente ai lombi, al sacro ed alle natiche; tumore di milza, approssimativamente valutabile in 15 centim. di lunghezza; qualche rantolo nel polmone destro; stitichezza da una settimana. Accusa dolore agli ipocondri ogni volta che prende cibo; una scarica alvina diarroica; orine grammi 500, senza albumina.

14 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{2}/_{5}$; puls. 86; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{1}/_{5}$; puls. 84; resp. 28.

15 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 90; resp. 24.

Sera. — Temp. 38 $^{3}/_{5}$; puls. 84; resp. 29.

16 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{2}/_{5}$; puls. 76; resp. 28.

Sera. — Temp. 37 $^{3}/_{5}$; puls. 84; resp. 28.

Orine grammi 400; acqua bevuta grammi 400. Nei giorni passati ebbe spontaneamente abbondanti scariche alvine diarroiche, e borborigmi rumorosi; la sete poca, l'appetito abbastanza buono.

17 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Sera. — Temp. 38; puls. 82; resp. 28.

Orina grammi 400; acqua bevuta grammi 500. Circonferenza del ventre 104 centim.

18 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{2}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{1}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Urina grammi 600; acqua bevuta grammi 200; scariche alvine sempre abbondanti. — Da questo punto un'unzione mercuriale al giorno sul ventre, alla dose di grammi 1-2.

19 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{3}/_{5}$; puls. 92; resp. 28.

Urina grammi 600; acqua bevuta grammi 300.

20 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 84; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{1}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Urine grammi 600; acqua bevuta grammi 400.

21 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 72; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{3}/_{5}$; puls. 82; resp. 28.

Urina grammi 1000; acqua bevuta grammi 450. Circonferenza del ventre centim. 106. Continua la diarrea coi borborigmi.

22 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{3}/_{5}$; puls. 72; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{2}/_{5}$; puls. 84; resp. 28.

Orine grammi 1400; acqua bevuta grammi 350.

23 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{2}/_{5}$; puls. 72; resp. 28.

Sera. — Temp. 38; puls. 72, resp. 25.

Urina grammi 1600; acqua bevuta grammi 350. Circonferenza del ventre centim. 102, che è più cedevole. Continua la diarrea.

24 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 76; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{2}/_{5}$; puls. 82; resp. 30.

Orine grammi 1200; acqua bevuta grammi 300.

25 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{1}/_{5}$; puls. 82; resp. 28.

Sera. — Temp. 38 $^{1}/_{5}$; puls. 86; resp. 28.

Urine grammi 1400; acqua bevuta grammi 400. Ha avuto sudori al capo. L'appetito è buono.

26 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{4}/_{5}$; puls. 80; resp. 28.

Sera. — Temp. 38; puls. 84; resp. 26.

Urine grammi 1500; acqua bevuta grammi 350.

27 *Ottobre*, *mattina*. — Temp. 37 $^{2}/_{5}$; puls. 72; resp. 28.

Sera. — Temp. 37 $^{3}/_{5}$; puls. 72; resp. 26.

28 *Ottobre*. — Circonferenza del ventre 96 centim. Continua il miglioramento; la temperatura alla sera non oltrepassa più la cifra normale.

1 *Novembre*. — Circonferenza centim. 91; orine sempre abbondanti; deiezioni alvine diminuite di numero, però sempre copiose.

5 *Novembre*. — Circonferenza centim. 87; orine abbondantissime (fino a grammi 1900; sete poca;

Digitized by Google

nei giorni decorsi sudori parziali. — Si sospendono le unzioni mercuriali.

7 *Novembre.* — Circonferenza centim. 85; si alza di letto.

17 *Novembre.* — Circonferenza centim. 81; orine sempre abbondanti; le deiezioni alvine sonosi rese regolari. Persiste qualche traccia di fluttuazione. L' inferma si sente in forza, e vuole uscire dalla Clinica.

A casa sua stette bene per alcun tempo, poi essendosi data a qualche lavoro di casa, e specialmente a quello faticosissimo del bucato, peggiorò di nuovo, perdette l' appetito, ebbe scarsezza di orine e lieve costipazione. Il ventre intanto si riempiva di acqua, non però come le due volte antecedenti, e con questa altra particolarità che l' essudazione ascitica non tenne un decorso regolare con aumento e decremento, bensì, giunta ad un certo grado discreto, andava di quando in quando abbassandosi la quantità del liquido, per crescere di nuovo sempre in relazione al meno od al più di fatiche che ella faceva. Così volsero le cose durante l' inverno passato, finchè al principio della primavera sotto profusissimi sudori spontanei notturni il liquido scomparve interamente, l' appetito si rese discreto, la mestruazione, cessata dall' ultima gravidanza, fece mostra di sè e regolarmente. È solo a notarsi che l' inferma prima della totale scomparsa dell' ascite ha sofferto di dolori all' addome abbastanza vivi, talchè camminava curva della persona, e ne risentiva pure al palpamento, quali non mai per l' innanzi; ed inoltre ha dimagrato assai durante il miglioramento, e fino al momento attuale, lo che non è certo avvenuto le altre due volte quando il liquido scompariva, senza che si sia presentata tosse od altro fenomeno. Nel decorso di quest' ultima fase della sua malattia non ha preso che un decotto amaro per eccitare il perduto appetito, e più tardi, quando il liquido era scomparso o quasi, un vino ferruginoso, cui ella attribuisce la guarigione.

Esaminata l' inferma in questi ultimi giorni (8 *Maggio* 1868) si trova in uno stato generale eccellente; il ventre è ridotto alle dimensioni normali, ed alla palpazione, che è un poco dolorosa se sgarbata, si avvertono delle piccole tumidezze, di forma irregolare, quando globose quando diffuse, limitabili o no, di consistenza un po' più che pastosa, poste a varia profondità, e prevalenti alle due regioni epicoliche; la milza non si rileva ingrandita nè colla palpazione, infossandosi assai in alto le dita nell' ipocondrio sinistro, nè colla percussione, colla quale si ottiene una ottusità di due plessimetri appena nella direzione verticale. Alla ascoltazione del cuore trovasi scomparso il rumore, che prima accompagnava il primo tono, e solo può dirsi che questo non è puro.

Ora la guarigione pare assicurata, e si sarebbe ottenuta certamente tanto prima, se le sue condizioni di famiglia non le avessero imposto di faticare a dispetto della evidente impossibilità di farlo. Intanto è di assai interesse pratico il fatto che la guarigione si è ottenuta dopo, direi quasi, due recidive, quando la ostinatezza del male sembrava dettare una prognosi infausta. Riguardo alla cura, io ingenuamente credetti dapprima, che il vescicante applicato sul ventre avesse dato impulso al riassorbimento della sierosità ascitica, e ciò non solo pel coincidere della diminuzione della raccolta colla applicazione del medesimo, quanto pella persuasione, che aveva già altrimenti acquistata, della efficacia di tale mezzo terapeutico contro malattie, che con questa offrono una certa analogia, p. es. gli idrartri del ginocchio. Siffatta troppo facile persuasione dileguò, tostochè, entrata nella Clinica medica, vidi di nuovo scomparire la raccolta ascitica sotto l' uso delle unzioni mercuriali; e più, quando da ultimo, dopo la seconda recidiva, vidi avvenire la scomparsa completa e definitiva dell' ascite, senza l' uso di tali spedienti terapeutici e di altri analoghi. Ora, senza volere negare una certa azione al vescicante ed alle unzioni mercuriali, non era egli permesso ritenere, che la guarigione in massima parte fosse stata spontanea? — Pertanto rimaneva a spiegarsi, perchè mai nel primo caso il diminuire della enorme effusione sierosa sembrasse susseguire l' applicazione del vescicante, da illudermi sì stranamente, e nel secondo quella delle unzioni mercuriali. Guardando all' insieme delle circostanze, io non so vedere altra condizione favorevole al riassorbimento che il passaggio dalla stazione in piedi al *riposo in letto* per un dato tempo; diffatto la prima volta io la costrinsi al letto durante un ventina di giorni per la successiva applicazione dei due vescicanti, e nella Clinica vi stette quasi tutto il tempo di sua permanenza. L' inferma stessa, che provava, quando stava alzata gran parte della giornata, un malessere indefinibile, e di notte grande oppressione di respiro, assicura di essere stata prontamente alleviata dal riposo in letto, il quale senza dubbio in questi casi permette una più facile circolazione.

Qui si riscontrò un notevole aumento della milza, che in altri casi avrebbe potuto fuoviare la diagnosi, facendo credere in ispecie ad una malattia del fegato; e precisamente fu il Prof. Concato, che lo rilevò con un minuto esame fisico. Ma siccome nei miei antecedenti esami, fatti pure con qualche attenzione e ripetute volte, e nel susseguente ultimo, io non verificava un tumore di milza, che in quelle proporzioni non avrebbe potuto sfuggirmi, così ritengo assicurato che prima non esistesse, e che si fosse sviluppato rapidamente circa all' epoca in cui entrava in Clinica, sotto l' ostacolo forte sofferto dalla intera cir-

Digitized by Google

colazione venosa intra-addominale, il quale inoltre aveva prodotto un edema esteso a gran parte del ventre e dei lombi. (Questo edema parziale deve essere raro assai nelle asciti essenziali, od almeno trascurato nelle descrizioni degli autori, perchè ad es. nel articolo assai diffuso di Gintrac io non lo trovo notato). — Si potrebbe pure spiegare il tumore di milza, ammettendo che all' intorno di essa fosse deposto un grosso strato di fibrina. — Che che ne sia di queste spiegazioni, a me interessa di avere notata la cosa, e lascio ad altri medici l' incarico di dilucidarla sulla base di nuove osservazioni.

Un fatto abbastanza interessante è quello della grande difficoltà che si ha di provocare la diuresi e la diaforesi, quando l'ascite è enorme, e soprattutto nel primo periodo della malattia, che io chiamerò *periodo essudativo*. Rispetto alla diuresi io non vorrei attribuire questa difficoltà alla compressione delle vene emulgenti, perchè mi è occorso di osservarla anche nel periodo essudativo delle pleuriti ad essudazione sierosa, dove questa compressione non può essere tratta in campo; invece reputo abbia ad ascriversi a quella legge di equilibro delle secrezioni, applicabile anche ai casi morbosi, che fa sì che, accrescendosi il lavorio secretorio in una parte, diminuisce in altre, che hanno colla prima affinità di secrezione. In seguito accade, che cessato spontaneamente il periodo essudativo, e cominciato quello di riassorbimento, la diuresi e la diaforesi si avviano copiose e spontanee, e così si attribuisce alla azione dei rimedi, quello che non è che effetto delle risorse spontanee dell'organismo, e si rincalzano gli errori e le illusioni terapeutiche.

Noterò da ultimo, a conferma della natura infiammatoria del processo, il risultato dell' ultimo esame, col quale si è verificata la presenza, in una ad un lieve dolore provocato colla palpazione, di alcune masse, che non possono essere che depositi di fibrina innicchiatisi fra le anse intestinali. Con ciò rimarrebbe giustificato il titolo di peritonite siero-fibrinosa, che dovrebbesi forse addottare per tutti i casi di questa malattia, perchè con molta probabilità una certa copia maggiore o minore di fibrina esiste sempre, anche quando non è addimostrabile col palpeggiamento.

(continua)

DELLA CURA SUCCESSIVA ALLA STRABOTOMIA

NOTA

DEL

Dott. LUIGI LUCIANI

Assistente alla Cattedra di Fisiologia.

La cosmesi appo noi non è come nella Francia elegante e nella gentile Albione un precetto di civiltà. Laonde non farà meraviglia che mentre le stesse Popolane Inglesi si sottopongono non raramente alla dolorosissima enucleazione di un bulbo affetto da semplice leucoma, per sostituirlo con un occhio artificiale; da noi non si provveda neanche allo strabismo, e che in poco meno di tre anni che io ho frequentato come Praticante e come Interno la Clinica e il numeroso Ambulatorio oftalmico del mio Prof. Magni, non abbia mai veduto eseguire la tenotomia per vero strabismo, e una sola volta per paralisi completa dell'oculo-motor comune. Non mancano di presentarsi individui colpiti da difetto di associazione binoculare, che tanto offende l' estetica personale; ma quando si consiglia loro un *piccolo atto operatorio* (piccolo al certo per estensione), essi rifuggono, non essendo spinti ad annuire da un'assoluta necessità. — Sarà bene che i Cultori dell' Arte si adoperino a correggere il popolo di questo pregiudizio; ma credo che più di loro potrà influirvi la raffinatezza dei sensi, che sarà conseguenza dello sviluppo della cultura e del progresso della civilizzazione.

Io sono stato fortunato. Il dì 12 Maggio eseguii la strabotomia nel giovane signore R. G. di Ascoli-Piceno, di anni 22, affetto da forte *strabismo convergente*, *concomitante* all' occhio destro. La deviazione interna di quest' occhio era incominciata ad apparire fin dai primi tempi della fanciullezza. L'occhio piccolo, di conformazione ipermetropica, confermava in questo caso le classiche idee del Donders sulla etiologia dello strabismo convergente, che consiste - come è noto - nella dissociazione degli adattamenti direttivo e refrattivo per la percezione degli oggetti vicini, per cui si evita l' immagine visiva di un occhio facendolo maggiormente convergere, mentre si accomoda l'altro alla visione a breve distanza. Questo particolare meccanismo di adattamento dell' occhio ipermetropico a piccole distanze, ripetendosi spesso, può produrre una graduata retrazione del muscolo retto interno dell' occhio dissociato, che persista ancora nella visione binoculare di oggetti lontani. Questo fatto determina la formazione delle immagini visive in due punti diversi dello strato bacillare delle retine, il che produce necessariamente il fenomeno della *diplopia*, per evitare il disturbo del quale, il paziente istintivamente converge sempre più l'occhio deviato, perchè ivi l' immagine si di-

Digitized by Google

pinga in un punto meno vicino alla macchia gialla del Soemmering, e quindi meno avvertibile. Per tal modo, mentre nell'ipermetropia la visione degli oggetti vicini si pone causa iniziale dei primi gradi di deviazione strabica interna; più tardi anche la visione degli oggetti lontani, dando luogo alla percezione di doppie immagini, si pone causa di gradi ulteriori e progressivi di strabismo convergente. Così si sacrifica dall'ipermetropico la visione binoculare dapprima a vantaggio dell'adattamento refrattivo nella percezione degli oggetti vicini, e poi per evitare il fastidio della diplopia nella percezione degli oggetti lontani. — Intanto questa permanente dissociazione di un occhio nella visione, produce nell'occhio strabico un ambliopia progressiva dal non esercizio funzionale (*ex anopsia*), per cui l'area normale del campo visivo si va sempre più restringendo, fino all'estinzione quasi completa della funzione. Nel caso nostro, in cui lo strabismo durava da molto tempo, e con forte deviazione, l'ambliopia dell'occhio strabico avea già raggiunto un grado considevole, da non rimanervi che una percezione confusa ed incerta degli oggetti. Quest'ambliopia dell'occhio destro coincideva nel caso nostro con un aspetto oftalmoscopico particolare del fondo retinico, il quale appariva meno chiaro, e con una finissima vascolarizzazione capillare nel campo della papilla del nervo ottico. Gli era come un terreno non fecondato dai raggi del sole, in cui germogliano volontieri le più umili piante. — L'angolo di deviazione strabica primaria dell'occhio destro, misurato col metodo ordinario, risultò di 13 *millimetri*, e l'angolo di deviazione strabica secondaria dell'occhio sinistro diede la stessa misura. L'escursione trasversale dei due occhi era adunque eguale, e potea escludersi un grado qualunque di paresi del muscolo retto esterno allungato. Il forte angolo di deviazione strabica convergente ci rendea ragione nel caso nostro di un maggiore infossamento della caruncola lagrimale e piega semilunare dell'occhio strabizzante comparativamente all'occhio sano, per il noto rapporto che hanno le fibre tendinee della faccia esterna od orbitaria della guaina comune dei muscoli oculari colla congiuntiva reflessa, rappresentata all'angolo interno dell'occhio dalla piega semilunare e caruncola lagrimale. La forte ambliopia poi ci rendea ragione dell'assenza assoluta del fenomeno della diplopia, che non fu avvertita neppure facendo guardare il paziente attraverso un vetro fortemente colorato, applicato soltanto all'occhio sano.

Per questa condizione ambliopica dell'occhio destro, la tenotomia del retto interno non potea avere lo scopo di rendere più intensa la virtù visiva ripristinando la visione associata dei due occhi, ma quello soltanto di correggere la deformità cosmetica, che non era per altro di poca importanza per un giovane. Essendo poi la funzione retinica regolatrice in certo modo della quantità di eccitamento nervoso trasmesso ai muscoli oculari, questo stato ambliopico era necessariamente per l'operatore e per l'operando una condizione sfavorevole al perfetto e permanente ristabilimento della associazione binoculare mediante la strabotomia. — Non essendo il paziente rimosso per queste riflessioni dal proposito di farsi raddrizzar l'occhio, mi decisi all'atto operatorio, che eseguii il 12 Maggio coll'assistenza del mio amico Dott. Giorgio Marcacci.

Trattandosi di forte strabismo convergente, con un po' d'infossamento della piega semilunare e caruncola, mi parve di non poco interesse in questo caso mettere in opera la modificazione proposta dal Liebreich al processo operatorio ordinario. Dissezionai dunque la congiuntiva fino al disotto della piega similunare e caruncola, onde recidere l'espansione tendinea della guaina del retto interno, che quivi aderisce, al doppio scopo di ottenere un maggiore effetto dalla tenotomia, rendendo possibile un maggiore spostamento in dietro dell'inserzione del retto interno, e per evitare il completo infossamento della caruncola, che suol sempre accadere col processo ordinario, e che costituisce una deformità secondaria da rendere incompleto il beneficio dell'operazione. Dopo la recisione del tendine muscolare col metodo comune, liberai il paziente dal blefarostato, per vedere l'effetto immediato della tenotomia. Essendo ancora rimasto un leggiero grado di convergenza, non ebbi che ad estender in basso per breve tratto l'incisione, ove coll'uncino avvertii esser rimasta intatta una piccola briglia tendinea del retto interno. Dopo questa manovra tutti gli astanti riconobbero essersi ottenuta la perfetta simmetria nella posizione dei due centri corneali, il che potè confermarsi colla cessazione di qualsiasi deviazione primaria o secondaria nella fissazione monoculare di un oggetto. Allora non mi restò che praticare due punti staccati nel taglio longitudinale della congiuntiva, applicare delle posche fredde, raccomandare all'operato il riposo funzionale, o la semplice fissazione di oggetti lontani. — Tutta questa manovra, che nel cadavere riesce molto facile e spedita, diventa abbastanza difficile e indaginosa nel vivo, pel versamento di sangue che accade sotto la congiuntiva, da poterne rimanere imbarazzato chi non fosse sorretto dalle esatte conoscenze anatomiche della località.

Nei primi tre giorni dopo la strabotomia io ho rilevato un fenomeno, che non trovo registrato dagli Oftalmologi, e che credo di qualche valore pratico, avendomi suggerito un mezzo di cura successivo all'operazione, che giudico possa contribuire efficacemente al buon risultato della medesima. Invito gli Specialisti a prenderne nota, e ad osservare se in casi consimili abbia luogo costantemente il fatto, che ora vado a narrare.

Digitized by Google

Nella sera del giorno 12 in cui si praticò l'operazione, recatomi a visitare il paziente, notai che i due occhi si mantenevano in posizione perfettamente simmetrica. Consigliai di seguitare durante la notte l'applicazione delle posche fredde. — Il dì seguente, di buon mattino, tornai dall'operato, che ancora dormiva. La pezzuola, durante il sonno, erasi perfettamente asciugata: il mio consiglio non era stato messo in opera puntualmente. L'occhio operato non presentava che un normale versamento di sangue sotto-congiuntivale; ma la posizione simmetrica dei due centri corneali non persisteva totalmente, essendosi ripristinato un certo grado - benchè leggiero - di convergenza dell'occhio destro. Non lo celai al paziente; gli ingiunsi di esser più premuroso, e di esercitarsi a guardare obbliquamente all'interno coll'occhio sano, forzandolo in tal modo a mettere in contrazione il muscolo retto esterno di destra, antagonista al muscolo operato. — Dopo 6 o 7 ore feci una seconda visita, e non senza compiacimento, potei costatare che l'occhio destro era perfettamente tornato alla posizione voluta, e tale si mantenne per tutta la giornata. — Il dì seguente ripetei la visita mattutina, che l'operato ancora dormiva. Che cosa vidi? L'occhio destro era tornato un po' convergente come la mattina prima. Consigliai lo stesso esercizio di contrazione del retto esterno di destra, e dopo poche ore rivisitai il paziente, e tornai ad osservare che l'associazione degli assi visivi erasi perfettamente ripristinata a qualunque distanza. Allora m'indussi a ricercare la ragione di questo fenomeno curioso, che si rappresentava per la seconda volta, e non mi fu difficile il rinvenirla nella posizione permanentemente convergente, in cui si pongono gli occhi durante il sonno. — Tutti conoscono il fenomeno del così detto *ipnotismo lucido*, che consiste in un sonno artificiale, determinato col far guardare ad un individuo un corpo lucido a brevissima distanza. Durante questo sonno artificiale i bulbi oculari rimangono permanentemente convergenti. È da credere che questa convergenza oculare, che può indurre un sonno artificiale, si verifichi pure nel sonno naturale non più come causa ipnotica, ma come effetto fisiologico del sonno, che consiste nella cangiata direzione di tutte le impressioni sensitive trasmesse dagli organi dei sensi esterni, percui non son ricevute dai centri encefalici, ma si riflettono in forma d'incitamenti centrifughi o motori nella sostanza grigia midollare, donde possono prender la via di comunicazione col simpatico, e terminare negli organi della vita vegetativa (1). — Ora posto che nel sonno i bulbi oculari si trovino in uno stato di permanente convergenza, nel caso nostro la tumefazione irritativa del tessuto operato, retraendo la guaina muscolare coi nessi tendinei intermuscolari (che dopo la tenotomia costituiscono i soli punti d'attacco, che rendono possibile l'effetto fisiologico della contrazione del retto interno), renderà facilmente maggiore la convergenza dell'occhio destro comparativamente a quella del sinistro. Rimanendo per tal modo l'occhio in una anormale direzione convergente durante le ore del sonno, l'estremità recisa del tendine muscolare comincierà a prendere attacco in un punto della sclerotica qualche linea più avanti del punto in cui dovrebbe aderire per l'effetto immediato della tenotomia. Dopo il sonno, forzando il paziente a mettere in contrazione il muscolo retto esterno, il tessuto retratto per la tumefazione si lascerà distendere, e così si allungheranno pure le giovani briglie adesive tendineo-scleroticali, e la posizione dell'occhio operato tornerà perfettamente simmetrica a quella dell'occhio sano.

Convinto che questa sia l'unica spiegazione accettabile dei fatti surriferiti, pensai che la convergenza anormale, in cui si pone l'occhio operato durante il sonno, sia la ragione principale se non l'unica per cui «non ostante tutte le diligenze usate durante l'operazione, non sempre si ottiene l'effetto desiderato con un solo atto operatorio» (1), e mi persuasi che questo inconveniente possa evitarsi col fare esercitare all'operato la contrazione del muscolo retto esterno, non solo durante la giornata, ma anche - per quanto è possibile - nelle ore della notte, almeno nei primi 3 o 4 giorni dopo la tenotomia. L'efficacia di questo mezzo era per me provata in parte dal fatto, che la convergenza anormale, in cui avea trovato l'occhio destro nelle due mattine, appena destato dal sonno il paziente, erasi poi dileguata col farlo guardare obbliquamente all'interno coll'occhio sano. Allora io volli seguitare la prova di questo mezzo curativo, e per assicurarmi, che l'operato lo mettesse in opera, pensai alla ricerca d'un mezzo per obbligarvelo. L'applicazione all'occhio sinistro di un diaframma opaco, avente una semplice apertura longitudinale in un punto corrispondente all'angolo interno palpebrale, mi parve il mezzo più semplice e concludente per forzare il paziente alla contrazione del retto interno di sinistra e del retto esterno di destra, antagonista al muscolo operato. Presi adunque un sostegno metallico di un antico paio di occhiali; nell'incassatura destinata alla lente sinistra innestai un cartoncino ovale coperto di carta nera, con un'apertura perpendicolarmente

(1) Il fatto fisiologico del sonno sarebbe tema brillante di lunghe e profonde disquisizioni: mi si perdoni se solo per incidente ne esprimo qui in embrione il concetto che me ne vado formando.

(1) Magni. — Lezioni teoriche di Oftalmoiatria. — Bologna 1867, pag. 684.

Digitized by Google

oblunga alla parte interna, e lo applicai al paziente, senza impedirgli di seguitare le posche fredde all'occhio destro, e invitandolo a guardare obbliquamente attraverso il foro interno del diaframma ogni qual volta volesse fissare un oggetto qualunque. Di più lo pregai a voler sacrificare il sonno nella prossima notte, cangiandosi a brevi intervalli le pezzuole fredde dell'occhio operato, ed esercitandosi a dirizzare lo sguardo attraverso il foro del diaframma applicato all'occhio sano. — L'indomani - era la terza mattina dopo l'operazione - mi recai al solito di buon'ora a visitare il paziente. Anche questa volta dormiva: il sonno lo avea sopraffatto per parecchie ore. La colpa era mia, che non l'avea consigliato, perchè fosse desto, a farsi raccontar favole dalla cameriera durante la notte! — L'occhio per la terza volta era tornato leggiermente convergente. Volli vedere se a ridurlo dritto, pur valesse il mezzo dei due giorni precedenti, e in quanto tempo si verificasse l'effetto. Feci guardare il paziente attraverso il foro del diaframma, obbligandolo a contrarre sforzatamente il retto esterno di destra, e dopo dieci minuti, comparando nuovamente la posizione relativa dei due occhi, vidi che già si trovavano perfettamente simmetrici. L'effetto erasi ottenuto quanto rapido altrettanto completo. — Nei quattro o cinque giorni successivi, in cui dovea compiersi il processo della adesione cicatrizia del tendine, feci tenere applicato a permanenza il diaframma all'occhio sinistro, mantenendo il paziente nel solito esercizio muscolare del retto esterno di destra, e del retto interno di sinistra. Il fenomeno mattutino non si ripresentò altrimenti, e il risultamento completo della strabotomia pareva assicurato. I punti di suttura alla ferita congiuntivale caddero uno dopo l'altro fra il quarto e il sesto giorno. Andò progressivamente riassorbendosi il versamento di sangue sotto-congiuntivale; e la caruncola lagrimale non s'infossò punto. Così fino al decimo giorno, in cui il paziente potè racquistare l'esercizio delle sue funzioni ordinarie, la simmetria nella direzione dei due occhi si mantenne perfetta, nè la maggiore promozione del bulbo oculare operato, che necessariamente deve verificarsi dopo la strabotomia per l'allungamento permanente del muscolo retto esterno, era cosa percettibile colla ispezione ordinaria. Nei giorni successivi però una lieve deviazione convergente cominciò a ricomparire nell'occhio operato. Questa volta l'applicazione del diaframma non raggiunse l'effetto curativo dei primi giorni, in cui la convergenza si presentava soltanto dopo il sonno, e il paziente si fè impaziente, e ne abbandonò l'uso. Questa parziale ricaduta all'antico strabismo, apparsa dopo dieci giorni, sembra l'esito definitivo dell'operazione. Essa si rileva soltanto nella fissazione degli oggetti vicini, ed è quasi impercettibile nella fissazione di oggetti posti alla distanza di due o tre metri. Misurata col metodo scientifico questa deviazione residua, essa misura non più di *tre millimetri*. La deviazione primitiva era di *tredici millimetri*; dunque rimangono corretti *dieci millimetri* di deviazione strabica.

Quale può essere stata la causa di questa parziale recidiva di strabismo? Forse la consolidazione e retrazione successiva della cicatrice tendineo-cleroticale? Oppure la non equipollente eccitazione muscolare riflessa trasversa dalle due retine, per l'ambliopia dell'occhio destro? O piuttosto un leggiero grado d'insufficienza del muscolo retto esterno? — Io propendo per quest'ultima spiegazione, senza escludere che le altre due condizioni v'abbiano potuto influire contemporaneamente. — In ogni modo la deformità cosmetica può considerarsi sufficientemente corretta. Se la deviazione strabica recidiva tendesse a farsi maggiore, e l'individuo volesse liberarsene, piuttosto che sottometterlo ad una seconda tenotomia del retto interno, o alla tenotomia del retto esterno con spostamento in avanti dell'inserzione tendino-scleroticale, lo consiglierei di assoggettarsi ad un più lieve atto operatorio, proposto in simili casi dal Prof. Magni (1), consistente in una escisione ellittica della congiuntiva bulbare esterna, col maggior raggio dell'ellissi nel senso verticale, riunendone successivamente i bordi con punti staccati. Così collo scorciamento della congiuntiva esterna il bulbo verrebbe stirato all'infuori, e il piccolo grado di convergenza corretto.

(1) Opera citata, pag. 684.

Contemporanea evoluzione di tubercolosi polmonare, e di carcinoma dello stomaco e del fegato

Lettera al Chiarissimo Prof. LUIGI CONCATO

Ill.mo Sig. Professore.

Avendo letto nel fascicolo quarto (1869) della *Rivista Clinica*, da lei meritamente diretta, una *comunicazione di un caso di contemporanea evoluzione acutissima del cancro e del tubercolo*, ed avendo inoltre sentito essere veramente rara questa contemporanea esistenza dei due neoplasmi; ho voluto ancora io prendere la penna per comunicarle una istoria di un caso di contemporanea coesistenza del cancro e del tubercolo, caso che ho verificato nella mia pratica privata nell'inverno dell'anno 1868.

Digitized by Google

Di questo ho voluto dare a lei notizia, speranzosa che le riuscirà gradita, avendo Ella pel primo reso di pubblica ragione due storie di questa coesistenza contemporanea delle suddette malattie constatata *clinicamente* sul vivente, ed occupandosi ancora, a tutta possa, di ciò che riscontrasi di più raro in patologia.

Se giudica questo mio scritto di una qualche importanza, la prego, Sig. Professore, di dargli un posto nel suo accreditato giornale. Ecco l'istoria.

Valentino B. di Montecalvoli, d'anni 56, di temperamento venoso, nacque da genitori di buona e robusta salute. La madre morì all'età di 80 anni; il padre all'età di 85; uno zio, fratello di questo, raggiunse quella di 91.

Ebbe dei figli, i quali, tuttora viventi, sono sani e robusti; come pure i loro discendenti.

Fino al Dicembre del 1867 non soffrì di nessuna malattia, tranne del vaiolo nella sua infanzia. Visse sempre una vita morigerata, e non abusava giammai nè di sostanze alcooliche, nè di tabacco, nè di altro che fosse nocivo alla salute.

Non fatiche corporali esagerate; non dispiaceri; non eccessi di venere: insomma viveva tranquillo e felice. Tutto questo mi raccontava da sè stesso, ed a me era confermato dai parenti.

Verso la metà del mese suddetto incominciò a soffrire di disappetenza, di eruttazioni acide, di nausea, e di un peso e di dolori alla regione epigastrica, dolori che esacerbavansi alla pressione, e dopo un certo tempo dall'ingestione degli alimenti; di più era stitico di ventre.

A questi dolori, a questi incomodi si associò una tosse da prima secca o con solo escreato mucoso. Credendo queste sue sofferenze effetto di mala digestione, purgossi con un oleoso, senza consultare alcun medico, e ne ebbe alcune scariche alvine. Ma per niente rimasero alleviati i suoi mali; ed al certo non poteva essere, trattandosi di tutt'altro che di semplice *imbarazzo gastrico*.

Facendosi più gravi le sofferenze, alla fine del Dicembre si risolvè di consultare un uomo dell'arte, il quale, conosciuta al certo la forma e l'entità della malattia, consigliò al nominato B. il riposo, e un vitto ricostituente, composto di brodo buono, di ova, di latte, e di un poco di vino austero; consigliò ancora dei clisteri di camomilla e degli empiastri loco dolenti; ed a motivo delle acide eruttazioni, qualche grammo di magnesia. Tutto questo io seppi dalla sua bocca: questa la sola cura usata fino al 15 Gennaio dell'anno 1868, giorno in cui fui chiamato a prestare la mia opera all'infermo.

Portatomi in sua casa, oltre le cose suddette, mi aggiungeva che dal dì 5 Gennaio soffriva costantemente di vomito, che effettuavasi quotidianamente alcun tempo dopo l'ingestione degli alimenti, il quale vomito era costituito da un liquido bianco giallastro, di odore nauseabondo; di più, che la tosse era di gran lunga più intensa, ed il suo escreato di materie giallastre, compatte, solide, appiccicate al fondo del vaso, ed anche esse di non grato odore; ciò che da me vidi e verificai. Non poteva stare supino nel letto; soffriva continuamente d'insonnio, e di stitichezza ventrale.

Da questo apparato fenomenale al certo fui condotto prima ad esaminare il petto, quindi la regione epigastrica, poi le altre parti del corpo, dalle quali avessi potuto ritrovare sintomi ed alterazioni per formulare un preciso, più che fosse possibile, diagnostico.

Esame del petto. — Mentre alla regione cardiaca, ed alla parte sinistra del petto, tanto anteriormente che lateralmente e posteriormente, non trovai nulla di significante, alla parte destra ebbi i seguenti fenomeni. Anteriormente alla percussione resultati negativi; all'ascoltazione *esagerazione nel mormorio respiratorio.* Posteriormente ed in alto alla percussione aveva una risuonanza di pentola fessa, metallica, circoscritta in un dato punto: alla parte media ed in basso aveva ottusità; all'ascoltazione in alto sentiva il *rantolo cavernoso*, la *pettiriloquia;* alla parte media ed in basso *rantoli scricchiolanti*, e *soffio bronchiale.*

Dall'apparecchio respiratorio, al certo, non potevansi avere segni e sintomi più sicuri per formulare la diagnosi di tubercolosi polmonare a destra.

Esame dell'addome. — Esaminata la regione epigastrica, colla palpazione mi accorsi, ai limiti della regione ipocondriaca destra, di una durezza del volume di un nocciolo di piccola pesca, dolentissima alla più lieve pressione; però non molto bene potei limitarne l'estensione. Alla regione epatica notai qualche piccolo indurimento sparso qua e là, del volume di un pisello.

Anche in questa regione la più lieve palpazione era seguita da dolore.

Alla regione ombellicale ed ipogastrica non trovai nulla di notevole: il ventre soltanto era meteorizzato assai.

I polsi dell'individuo erano flacchi, deboli, vuoti, piccoli, fuggevoli. Avea l'aspetto sofferente e spaurito; la cute subitterica. La lingua era secca e rossa. L'orine però erano normali tanto per la qualità che per la quantità, e così si mantennero fino all'ultimo della vita.

Tenuto conto dei fenomeni fisici e dei razionali feci la diagnosi di *tubercolosi polmonare destra con sospetto di carcinoma del piloro e del fegato.*

In questo stato di cose la prognosi al certo non poteva essere che infausta, considerato ancora il grado d'emaciazione, in cui l'individuo era caduto.

Nullameno era obbligo mio di fare quelle prescrizioni, che sarebbero riuscite di qualche vantaggio, benchè temporaneo. Sul petto ordinai un vescicante cantaridato; alla regione epatica ed epi-

Digitized by Google

gastrica dei cataplasmi sedativi ed emollienti, che seguitai continuamente.

All' interno qualche pillola di acetato di morfina, da darsi nelle ore pomeridiane, per rendere meno grave e meno insopportabile l'insonnio; qualche grammo di un carbonato alcalino, per combattere quell'acide eccessive eruttazioni; inoltre qualche clistere di camomilla chiudevano la cura medica della mia prima visita.

Per alimento consigliai del brodo ristretto, del latte, e possibilmente qualche poco di vino generoso.

Dal 16 Gennaio al dì 8 Febbraio vedeva due volte al giorno l'ammalato.

E benchè si avesse qualche alternativa di miglioramento e di peggioramento, pur nullameno sempre più disperava ogni giorno della sua vita, stante l'estrema prostrazione di forze ed il dimagramento in cui era caduto.

Il dì 18 ebbe delle evacuazioni alvine, costituite da materia liquida e scolorata. Volontariamente però mai defecava; sempre o un clistere od una pillola aloetica.

Nella notte, come nelle antecedente, dormì 4 o 5 ore: il quale sonno verificossi fino alla fine della sua vita, purchè gli si propinasse un preparato oppiato.

Dal giorno suddetto fino al 26 nulla di notevole: in questo giorno defecò; le materie erano sempre scolorate, ed allora costituite da *scibale*. In questo giorno non fu possibile che prendesse nulla di cibo solido nè liquido, stante ancora il vomito, che verificavasi sempre dopo l'ingestione di qualche sostanza, ed il dolore allo stomaco immenso, che lo cruciava.

Il dì 29 potè nutrirsi assai, e non si ebbe mai vomito; forse perchè, o in causa del deperimento del cancro, la porzione ristretta dello stomaco divenne più ampia; ovvero perchè il ventricolo dilatato non era più atto a contrarsi, e a sviluppare energia necessaria per eccitare il vomito.

A questo stato di cose il dì primo Febbraio si aggiunsero sulla sera dei sudori, che davano molta noia e molestia all'ammalato; questa diaforesi era seguita però da un aumento nei battiti della radiale, la quale ne dava in questo tempo 136, mentre nelle sere antecedenti appena arrivavano a 110. Il polso inoltre era sempre fiacco, debole, sfuggevole. In allora ordinai qualche goccia di elexir acido dell'Haller ed un infuso di salvia freddo.

Oltre la comparsa di questi sudori notturni, che durarono fino all'ultimo del male, si avevano fenomeni più gravi da parte dell'apparecchio respiratorio; ed il dì 3 Febbraio si udiva il *rantolo cavernoso* anche alla parte media ed inferiore della superficie posteriore del polmone destro: avevasi dispnea, afonia.

Mi tenni sempre al solito metodo curativo: qualche pillola oppiata, qualche clistere; diedi sempre il medesimo vitto di brodo concentrato, latte, vino generoso.

Il dì 16 appena la mano esploratrice sentiva il polso al carpo.

La prostrazione delle forze si era fatta maggiore; la tosse con abbondantissimo escreato purulento defaticava di troppo l'ammalato: in una parola erano sì peggiorate e deteriorate le condizioni dell'individuo, da doversi attendere vicina la morte.

Il dì 7 ebbe abbondanti evacuazioni liquide incolore: nella notte affanno diminuito, ma aumentati però gli sputi purulenti. I polsi erano intermittenti, piccoli, ed a 111.

Nella mattina del dì 8 Febbraio 1868, dopo avere dato alcuni colpi di tosse secca ed inane, alle ore 7 ½ moriva.

Dopo molte preghiere ottenni di potere eseguire la *necroscopia*, la quale praticai alla meglio in aperta campagna, 26 ore dopo morte.

L'individuo era dimagrato fuori di misura; la sua cute era subitterica.

Aperto il torace, trovai il cuore normale. Il polmone sinistro soltanto era infiltrato di liquido sieroso. Il polmone destro presentava sparsi per tutta la sua superficie posteriore depositi tubercolari in tutti i loro diversi stadî. Infatti verso l'apice trovai una caverna profonda 2 centimetri, vuota, liscia; alla parte media ed inferiore altre piccole caverne, e tubercoli più o meno rammolliti. I bronchi erano ripieni in parte di materia purulenta.

Aperto l'addome, trovai il fegato alquanto ingrossato, seminato qua e là di piccoli tumoretti del volume di un pisello, duri, resistenti ancora al taglio, la superficie del quale era giallastra, e spremeva un liquido, che al certo era quello detto *latte del cancro*. Questi tumoretti mi sembrarono formati da *carcinoma fibro-midollare*.

La cistifellea era distesa. Lo stomaco era molto dilatato, ed alla sua estremità pilorica presentavasi un tumore di formava allungata, a mezza luna, in posizione trasversa, di consistenza scirrosa, molto resistente al taglio e di una superficie biancoscura. Lo stomaco conteneva molta quantità di liquido giallastro di fetido odore. Gli intestini lasciai intatti. I reni, la milza normali, le capsule surrenali parimente.

Questo è quello che potei verificare colla necroscopia, la quale confermò la diagnosi, e mi rese sicuro che nel fegato e nello stomaco esistevano neoplasmi di natura carcinomatosa, sviluppatisi contemporaneamente alla tubercolosi polmonare.

Se avessi con queste mie poche pagine contribuito di qualche cosa alla scienza, lo accolga, signor Professore, come indizio del mio buon volere.

Montecalvoli 23 Maggio 1869.

Suo Devotissimo
Dott. GIUSEPPE PIERAZZINI.

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Archambault, Woillez, Hérard, Chauffard, Goupil, J. Guérin, Bouley, Poggiale, Briquet, Barth, Pécholier, Guinier. — *Sulla toracentesi, sua esecuzione, e indicazioni per eseguirla.* — Schmidt's Jahrbücher, N. 8, 1868.

Questo soggetto negli ultimi anni ha dato motivo a discussioni abbastanza diffuse in seno a a due corporazioni scientifiche di Parigi, la *Société de Médecine* e l'*Academie de Médecine*, in seguito di che sono state pubblicate parecchie ulteriori comunicazioni su questa importante questione. — Noi riferiremo qui quanto di più importante ci fu offerto da queste discussioni, e vi uniamo eziandio un sunto del bel lavoro del Prof. Kussmaul pubblicato ultimamente.

Le discussioni nella *Société de Médecine de Paris* (*L' Union médicale* 1864) furono suscitate da un rapporto, che fece il Dott. Archambault alla società sui due casi seguenti:

L'uno riguarda un uomo di 50 anni, il quale, fatta astrazione da altre condizioni, presentava il 20 Ottobre 1863 un essudato pleuritico sinistro. L'ottusità estendevasi posteriormente oltre alla metà del petto e fino alla cavità ascellare, e non si percepiva il fremito vocale; al di sopra distinta egofonia. Al 23 di Ottobre l'essudato era salito fino alla spina della scapula, avendosi senso moderato di oppressione: non spostamento di cuore. Al 17 fu di nuovo constatato un aumento; gli spazi intercostali erano spinti in fuori; qualche sonorità esisteva soltanto nella fossa sopra-claveare; cuore spinto alquanto a destra ed in basso. Al 28 Ottobre colla puntura si estrassero 1850 grammi di liquido giallo citrino. Subito udissi al disotto della clavicola *la respirazione anforica*, così distinta come nel pneumo-torace, la quale verso la fine del vuotamento e coll'insorgere della tosse scomparve: tosto dopo si stabilì il respiro vescicolare, che potevasi udire anche posteriormente al di sotto della clavicola. Il malato sentissi sollevato in modo straordinario. Al 21 di Novembre era discretamente ristabilito.

Archambault spiega il rumore respiratorio anforico colla rientrata dell'aria nei bronchi, che seguì l'operazione. In rapporto al trattamento operativo, l'autore mette a paralello il caso suddescritto col seguente:

Un uomo di anni 34 soffriva da 14 giorni di incomodi di petto, segnatamente di oppressione; aveva le labbra cianotiche, però era tuttora apiretico. L'essudato occupava la metà destra del torace in estensione quasi uguale a quella del caso precedente; il pulmone sinistro era completamente libero. — Ordinazione: un vescicante, nitro, lassativi. — Subbiettivamente l'infermo migliorò; l'essudato all'incontro rimase tal quale, ed al 9.° giorno dall'ammissione l'infermo fu trovato cadavere. — La *sezione* diede circa 1 ½ litri di essudato giallo-citrino nel sacco pleurale destro; il pulmone era discretamente compresso all'indietro, nella punta permeabile tuttora all'aria. splenizzato nel resto; tutti gli altri visceri completamente sani.

Poggiato a queste osservazioni Archambault trova necessario modificare le proposizioni stabilite dalla commissione del 1854. Egli formula la seguente:

Ogni essudato pleuritico, di notevole estensione, sia pur semplice, minaccia di produrre la morte improvvisa, e indica la toracocentesi.

Guerard ed altri credono all'incontro, che la morte improvvisa non sia più frequente nella pleurite, che nell'altre malattie acute. — Chauffard in una pratica di ospedale di 10 anni ha vedute molte pleuriti, spesso assai estese, e malgrado non fosse eseguita la toracentesi, non osservò nessuna morte subitanea, ma piuttosto guarigioni rapide, lo che sembra fosse il caso ordinario anche prima che venisse introdotta nella pratica l'operazione. Coll'eccitare energicamente e a tempo debito l'assorbimento (per mezzo delle sottrazioni sanguigne, dei diuretici, dei vescicanti) la toracocentesi del resto potrebbe divenire non necessaria. Moutard-Martin oppugna che l'operazione sia precisamente la causa della trasformazione purulenta dell'essudato, siccome crede Bourdon, anzi con essa ha ottenuto un miglioramento sollecito in casi con essudato prevalentemente sieroso e febbre violenta.

Fatta astrazione dai casi, in cui la toracocentesi viene praticata per minaccia di asfissia, Woillez denota come punto principale per l'indicazione *l'aumento dell'essudato*. Essendo questo spesso latente ed irrilevante nel suo esordire, può aversene difficoltà nel giudizio. L'unico mezzo sicuro per controllare passo a passo l'aumento e la diminuzione dell'essudato è il *cirtometro*. Fondandosi su questo metodo di esame, Woillez dichiara indicata la toracentesi, quando da 15-20 giorni si verifica una straordinaria dilatazione progressiva del torace, e gli altri fenomeni eziandio indicano ad un aumento dello spandimento. Il consecutivo ridursi della circonferenza del torace segna l'incipiente risoluzione, e contro-indica l'atto operatorio. Partendo da questo punto di vista, in oltre 100 casi Woillez trovò necessaria l'operazione solo 7 volte, e precisamente 3 volte fu praticata in causa di minacciante asfissia. In generale Woillez concorda con Chauffard. Egli fa notare ancora la possibilità di ledere il pulmone nell'atto operatorio, il che sembra provato dal frequente originarsi del pneumo-torace dietro di questo; e

Digitized by Google

finalmente ricorda, che, stando al detto di Aran e Marrotte, può svilupparsi ancora una peritonite in seguito di lesione del diaframma.

Hérard giunse alle conclusioni seguenti per via dell'analisi di molte osservazioni cliniche:

1) L'operazione è indicata ogni volta che in un essudato pleuritico minaccia la soffocazione.

Fatta da ciò astrazione, bisogna rigorosamente distinguere i casi cronici dagli acuti.

2) Nei casi cronici per mezzo della toracocentesi, con o senza successiva iniezione iodata, si ottiene la guarigione solo per eccezione: ordinariamente succede una ricaduta, e ben anche avviene la morte più presto che se non si avesse operato.

3) Nelle pleuriti acute con ispandimento moderato l'operazione è di dubbia utilità, certamente non di speciale vantaggio, e quindi in complesso non necessaria.

4) Nella pleurite recente con spandimento abbondante, anche senza dispnea notevole, è indicata la toracocentesi; si pratica con facilità, e non è seguita da speciali accidenti; procura una guarigione più sollecita, che ogni altro metodo, e previene la morte improvvisa.

Ad appoggio della sua opinione Hérard comunica due nuovi casi, in cui, non essendosi fatta l'operazione, avvenne la morte improvvisa.

Il 1.° caso riguarda un giovane con pleurite destra, in cui l'ottusità giungeva fino a 10 centim. sotto la clavicola: l'infermo sentivasi relativamente bene, soltanto molto debole. L'essudato rimase stazionario a quell'altezza. Al 14.° giorno dopo l'ammissione il polso divenne piccolo ed intermittente, e sulla sera l'infermo morì improvvisamente. Nel giorno avanti era stato preso da deliquio, e questo, secondo Hérard, avrebbe dovuto indurre a praticare l'operazione.

Il 2.° caso riguarda una donna di 69 anni con pleurite sinistra, senza notevoli sintomi subbiettivi: lo spandimento di dietro giungeva fino alla scapola, davanti fino a 3 dita trasverse sotto la clavicola, con piccolo spostamento del cuore, e per 14 giorni si mantenne di tale estensione. Senza speciale cangiamento dei fenomeni avvenne la morte improvvisa.

Béhier non osservò mai nella toracocentesi presentarsi il minimo pericolo: all'incontro vide, che una donna con assai estesa bronchite da un lato e forte pneumonite dall'altro, in cui ad ogni istante si attendeva la morte, sembrò come richiamata a vita per mezzo dell'operazione, contro la quale in questo caso Pidoux ed altri riluttavano, ed in 16 giorni rimase pienamente risanata. Nella pleurite fattasi cronica, che egli fa rimontare a circa due mesi, trova questa operazione infruttuosa, anche se congiunta colle iniezioni iodate. Egli consiglia semplicemente di praticare una puntura esplorativa, per vedere soltanto se il pulmone tende ancora a riespandersi, e se ciò non si verifica, di abbandonare la toracocentesi. Nella pleurite acuta il termine più precoce è dal 9.° all'11.° giorno.

Però Gallard non ritiene la puntura sì immune da pericolo. Egli vide morire alle ore 4 pomeridiane una donna, che era stata operata alle 9 del mattino. Al contrario un bambino con essudato esteso, che avrebbe sanzionata l'operazione, risanò con molta sollecitudine sotto l'uso del tartaro stibiato.

Come risulta dal chiarissimo riassunto delle discussioni fatto da Béhier (l. c. N. 73) noi non siamo ancora in possesso di regole ben determinate sulle indicazioni e sulla tecnica. Confrontando i diversi pareri già emessi, Goupil cercò di dimostrare la giustatezza dell'opinione, che l'operazione debba riguardarsi soltanto come rimedio estremo. Moutard-Martin, Hérard, Béhier, Archambault, al contrario, stettero fermi nella loro opinione, che le indicazioni per la medesima si debbano intendere in modo più esteso.

La discussione nell'*Academie de Médecine* fu aperta da J. Guérin (*Bull. de l'Acad.* 1865).

Guérin fece uno schizzo storico dei lavori pubblicati sulla toracocentesi. I successi sfavorevoli misero la toracentesi tanto in discredito, che anche Dupuytren, in un uomo affetto da piopneumotorace assai grave, si rifiutò alla operazione decretata dai medici, proclamando che voleva piuttosto che perisse per mano di Dio, di quello che per mano del chirurgo. La incertezza era la conseguenza necessaria del dubbio, in cui si era sospesi rapporto al pericolo dell'operazione ed alla causa dei suoi insuccessi. La quistione dell'entrata dell'aria nel torace diede molto a pensare. In generale fra i medici era ben noto il fatto, che nell'apertura del torace i pulmoni si abbassano sotto la pressione dell'aria esterna, e che da ciò nasce l'asfissia; ma sul grado di considerazione da assegnarsi a questo sperimento fisiologico rispetto alla toracocentesi le opinioni furono assai divergenti. Alcuni, come Lisfranc e Sanson, non volevano in genere che vi si annettesse alcun peso; altri, come Velpeau, limitavano l'influenza dell'aria soltanto sui liquidi. Quest'ultimo chirurgo, per esempio, in occasione della discussione sulla cannula di Reybard, dice: « Questa cannula sarebbe senza dubbio semplice, sicura e comoda, quando principalmente fosse vantaggioso lo impedire l'ingresso dell'aria nel torace ». Divisi del pari erano i pareri in riguardo al metodo. Gli uni come Roux, Larrey ed altri volevano, che si estraesse il liquido da piccole aperture, altri come Sanson soltanto da aperture grandi. Velpeau finalmente alla puntura unì l'incisione. Guérin (1859) presentò all'Accademia il suo primo lavoro sulla toracocentesi sotto-cu-

Digitized by Google

tanea. Un anno dopo egli l'usò in uno spandimento sieroso cronico con ottimo successo. Per quanto riguarda all'influenza, che l'aria esercita sulla cavità pleuritica, non si è fatta conveniente distinzione, se si tratti di essudato sieroso ovvero purulento, se la pleura sia sana oppure inferma, finalmente fu negletta affatto la qualità dell'aria. Dietro molteplici esperimenti relativi sembra accertato, che l'ossigeno dell'aria sia il primo agente per la trasformazione dell'essudato, dovendosi gli elementi organici, che esistono nella medesima, riguardarsi come cause dei processi di scomposizione e di putrefazione. Finalmente si deve ancora distinguere l'azione dall'aria rinchiusa e limitata. Nella incisione l'aria entra nel torace in quantità piuttosto grande, tuttavia ha l'opportunità di rinnovarsi di continuo; all'incontro nella puntura, in vero, entra poca aria, ma questa non può più rinnovarsi. Quindi in causa dell'aria limitata e riscaldata possono insorgere parecchi processi deleteri per l'organismo. Ad evitare tutti gli svantaggi ricordati ed i sinistri accidenti, Guérin raccomanda di nuovo il metodo sotto-cutaneo, pel quale si richieggono gli strumenti che seguono:

1) Un trequarti piatto, ricurvo, munito di rubinetto, la cui punta sia discretamente sottile ed acuta per penetrare facilmente nella cute e nei muscoli;

2) Una pompa, il cui stantuffo chiuda ermeticamente;

3) Un'appendice assicurata all'estremità della pompa, munita di un rubinetto, il quale permetta di eseguire alternativamente l'aspirazione e l'evacuazione.

Trovato un luogo adatto per la puntura, si solleva la cute in una grande piega, e si punge circa alla distanza di 5-6 centim. dal punto che si è determinato prima nel torace. Penetrato lo strumento, si ritira il punteruolo fino al di là dell'apertura interna del rubinetto, si chiude quest'ultimo, si ritira il punteruolo fuori del tutto, si invita la cannula nella pompa, e si comincia ad estrarre il liquido. Quando la pompa è ripiena, si chiude il rubinetto destinato alla aspirazione, e si apre quello per l'evacuazione. Ora il liquido viene cacciato per l'apertura del rubinetto, che viene chiuso dopo il ritorno dello stantuffo. Si ricomincia con questa manovra quante volte lo richiegga la quantità del liquido, senza però spingerla tant'oltre da esercitare un'aspirazione nel vuoto. Come prova della azione preferibile della toracocentesi sotto-cutanea viene addotto da Guérin il fatto, che mentre, secondo le asserzioni di Dupuytren, Velpeau, e Gimelle, su 133 casi di toracocentesi si hanno soltanto 51 guarigioni, di 11 operati in tal guisa da Mich. Levy e Guérin ne risanarono 8.

In una delle sedute successive dell'Accademia di Parigi, Bouley insorse contro l'asserzione di Guérin, che cioè *l'ossigeno dell'aria alteri gli spandimenti pleuritici*. Egli richiamò l'attenzione sugli sperimenti praticati sui bruti da Malgaigne, il quale nelle tenotomie sotto-cutanee non osservò mai dei disordini nella cicatrizzazione, anche quando quantità grandi di aria si erano introdotte nel tessuto celluloso sotto-cutaneo. Già Spallanzani nel secolo scorso aveva addotta la prova sperimentale, che la massima parte dell'ossigene dell'aria entro i tessuti viene sostituita, se non da una equivalente, almeno da una quantità approssimativa di acido carbonico. Per queste come anche per le osservazioni proprie egli deve riguardare l'aria come chimicamente indifferente per la materia organica, riguardo alle sue alterazioni per entro ai tessuti. Le esperienze cliniche corrispondono pienamente agli sperimenti chimici. Se per esempio si pratica la castrazione in un cavallo, non di rado si ode penetrare l'aria nel peritoneo, col noto rumore di *glu-glu*. In addietro si credeva che a questa entrata dell'aria dovesse succedere una peritonite, ma l'esperienza ha dimostrato tutto l'opposto. L'aria adunque è divenuta chimicamente inattiva, poichè non esiste più nei tessuti come tale, ma offre una miscela di azoto e di acido carbonico. Laonde bisogna conchiudere, in opposizione a Guérin, che l'aria penetrante per una piccola apertura è meno dannosa di quella, che entra per un'apertura grande. Per conseguenza, nel caso della toracocentesi non si tratta di escludere l'aria in causa delle sue proprietà chimiche, ma per le sue proprietà fisiche. A questo postulato corrisponde ad ogni modo l'apparecchio di Guérin, mentre in semplicità è inferiore alla cannula di Reybard, già sufficiente a tale scopo.

Poggiale nel corso successivo della discussione combattè l'opinione di Bouley, che l'ossigeno dell'aria sia l'agente essenziale per la distruzione delle materie organiche, rimandando ai noti sperimenti di Pasteur. Il processo di putrefazione viene iniziato solo per mezzo dei germi organici, che si trovano nell'aria. Se si facesse penetrare nella cavità pleuritica dell'aria riscaldata a calore rovente, l'azione nociva sarebbe limitata. Perciò deve assentire all'opinione di Guérin, che l'incisione sia da preferirsi alla puntura, in quanto che permette il rinnovamento dell'aria.

Secondo le vedute di Briquet la toracocentesi non è indicata, in nessun caso, nell'idrotorace successivo a malattie cardiache, a tubercolosi ecc. Tutto al più può servire come palliativo nei casi ove minaccia soffocazione. Negli spandimenti non purulenti, abbiano corso acuto o sub-acuto, bastano in complesso i comuni mezzi terapeutici. Unica eccezione ne sono quelle pleuriti, che si presentano in individui linfatici. In questi l'es-

Digitized by Google

sudato raggiunge ben presto un volume considerevole, ed invade tutta l'altezza di una metà del torace. Le coste vengono spinte all'infuori, ed in tutta l'estensione dell'essudato la percussione offre un'intensa ottusità, la ascoltazione mancanza di rumori respiratori. La febbre esiste soltanto in piccolo grado; il dolore nel lato infermo è moderato. In tali casi i mezzi terapeutici per lo più a nulla giovano. Se anche effettivamente dopo alcuni mesi avviene l'assorbimento, in tal caso la convalescenza offre un grado straordinario di dimagramento e di debolezza, il respiro è corto, il paziente è tossicoloso, ed acquista l'aspetto di un tisico in istadio avanzato. A prevenire una tale ruina fa d'uopo di praticare la toracocentesi nei primi 8 giorni. La guarigione si fa completa, se si abbia cura della esclusione dell'aria. Nell'empiema però poco può la natura, poco l'arte. La malattia esercita sull'organismo un influsso sfavorevolissimo, per questo che alimenta uno stato febbrile continuo. In questo caso spesso il medico è intento solo a sollevare le forze del malato. Qui la toracocentesi è ancora necessaria, e, fatta colle dovute cautele, fu parecchie volte coronata da successo. Talvolta basta una sola puntura, talora bisogna ripeterla. Qualunque attenzione si usi, può nullameno avvenire, che una porzione dello spandimento non venga estratta, e dia nuova esca alla malattia. Il caso seguente, a questo riguardo, è degno di speciale rimarco.

Un infermo aveva uno spandimento purulento considerevole in una delle pleure. La natura effettuò una perforazione al di sopra della regione precordiale, per la quale di continuo si versava il pus, senza che il paziente ne provasse notevole sollievo. Si introdusse una sonda pel foro, affine di esaminare la parete toracica. La sonda sfuggì dalle mani del medico, e cadde nel solco lungo l'inserzione costale del diaframma. Passarono otto giorni, senza che l'infermo fosse sollevato, quando al 9.° dì si presentò un ascesso al disotto del luogo indicato. Aperto questo, vi si trovò la sonda. Il pus sortì in copia dall'apertura inferiore e dalle parti limitrofe, e l'infermo risanò ben presto.

Dietro questo principio Chassaignac punge il torace nel luogo più basso, e lascia in sito la cannula; per questa introduce un tubetto, che fa scorrere lungo la parete toracica per esplorare le località spettanti all'essudato, e finalmente perfora il torace dall'interno all'esterno con un trequarti ricurvo. Se non si può vuotare il liquido a sufficienza, egli si serve del drenaggio. Questo metodo, siccome è noto, fu usato in questi ultimi tempi con buon successo.

Barth si pronunzia del pari favorevolmente sui vantaggi della toracocentesi sotto-cutanea, e disamina il processo di Piorry della toracocentesi sott'acqua. L'apparecchio di Piorry si compone di un semplice tubo di kautschuk, di cui una estremità si assicura sulla cannula, mentre l'altra pesca in un vaso d'acqua. Attesa la sua semplicità esso merita tutta la considerazione. Questo apparecchio serve tanto a vuotare il liquido, quanto ancora a risciacquare la cavità della pleura. Tuttavia non ci deve sfuggire uno svantaggio sostanziale, cioè che il tubo facilmente si può chiudere per un turacciolo albuminoso. Ora se si ritira il tubo per renderlo di nuovo pervio, in allora si ha il pericolo dell'entrata dell'aria nella cavità della pleura. Intanto per lo svuotamento l'apparecchio di Piorry sta addietro a quello di Reybard, col quale si fa un controllo migliore, a motivo della trasparenza della membranella da battiloro. Barth da gran tempo si era occupato del come si potesse congiungere, ad un'evacuazione immune da pericolo, il risciaquamento della cavità pleuritica ripiena di liquido infezioso. L'uso di uno schizzetto da iniezione e di una cannula munita di rubinetto non ovvia del tutto all'ingresso dell'aria. Perciò egli adopra le pellicole da battiloro, in mancanza delle quali si può eziandio far uso di un pezzo d'intestino non preparato, unito ad una cannula chiudibile tanto per l'evacuazione dell'essudato che per l'iniezione di liquidi nella cavità della pleura. Se lo scolo del pus s'interrompe, si chiude il rubinetto della cannula; un'aiuto spiega la membranella da battiloro, ed inietta acqua tiepida. Se indi si apre il rubinetto, in allora la superficie dell'acqua nell'apparecchio si abbassa a misura che essa penetra nella cavità del petto. Prima ancora che tutta l'acqua sia colata giù, si chiude il rubinetto, e si pone la membranella in un recipiente atto a ricevere l'acqua. Dapprincipio si fanno fare all'infermo dei moderati movimenti respiratori, per portare il liquido iniettato in contatto con tutti i punti possibili della pleura malata, poscia lo si fa inspirare più profondamente, onde il liquido esca di nuovo. Questa manovra si fa quante volte sia richiesta nel caso speciale. Nei casi ove non basta una semplice evacuazione, si deve praticare un'apertura permanente per estrarre il liquido a misura che si raccoglie, ed unirvi delle iniezioni quotidiane di iodio, di cloro o di acido carbolico.

Il Prof. Pécholier di Montpellier (*Gaz. hebd.* 1865) tratta di un punto, il quale non fu convenientemente rilevato nella discussione dell'accademia. Secondo il parere di lui, le pleuriti si possono separare in due grandi gruppi, nelle pleuriti infiammatorie e nelle catarrali. Nelle prime si formano dense ed abbondanti pseudo-membrane con poco spandimento. In questo caso la paracentesi è indicata solo di rado. All'incontro nella pleurite catarrale le pseudo-membrane vi esistono in piccola quantità, sono meno dense, e si organizzano molto a rilento, in quella che lo span-

Digitized by Google

dimento rilevante danneggia in modo sostanziale il pulmone. Negli individui robustissimi e bene costituiti questo spandimento si riassorbe con lentezza estrema, e per regola cede soltanto dopo il corso di parecchi mesi ai migliori mezzi terapeutici. Durante questo tempo però, massime negli spedali, l'individuo colpitone è esposto a tutte le malattie dominanti; il pulmone, ridotto al minimo, coll'andar del tempo perde la possibilità di riprendere il primiero volume, e sebbene quasi sempre avvenga la guarigione, nullameno l'essudato può talvolta divenire purulento, e produrre la morte dell'infermo. La paura di questo pericolo indusse Pécholier alla toracocentesi assai per tempo, la quale egli eseguisce in tutti i casi in cui gli spandimenti provengono da pleuriti catarrali. In pochi casi soltanto, le quante volte usò di questo metodo nello spedale Saint-Eloi, egli vide l'essudato assumere una natura purulenta, anche quando si riprodusse. Per conseguenza egli stabilisce come regola generale la seguente proposizione: in ogni spandimento sieroso rilevante, ove per esempio l'ottusità assoluta arriva nella parete posteriore del torace fino alla spina della scapula, la toracentesi deve effettuarsi prontamente, anche in principio di malattia.

Guinier (*Gaz. hebd.* 1866) descrive un caso assai interessante, in cui fu praticata la toracocentesi col migliore successo, in un *fanciullo di un anno.*

L'operazione fu praticata al 14.° giorno di malattia. L'operatore, non avendo in pronto altro istrumento, servissi di un trequarti piatto colla cannula di Guérin munita di rubinetto, il cui calibro doveva sembrare troppo grande per un fanciullo di pochissima età, e delicato, giacchè lo strumento era fatto pegli adulti. La puntura sottocutanea fu praticata nel 9.° spazio intercostale sinistro, al disopra del limite del 3.° posteriore della 10.ª costola. La piega cutanea fu sollevata verso la cavità dell'ascella, ed alla distanza di 3 centim. dal punto esterno fu impiantato il trequarti nella cavità pleuritica. Questa puntura, analoga del tutto a quella che si fa per l'ascite o per l'idrocele, fu compita senza che uscisse una goccia di sangue. Tolto il punteruolo, si estrassero per la cannula 175 grammi di liquido sieroso purulento. In seguito si levarono altri 90 grammi di questo liquido. La ferita fu coperta con empiastro diachylon. Il bambino dopo l'operazione fu veduto palesemente sollevato. Nel 13.° giorno successivo insorse però di nuovo dolore nel lato sinistro. Nella regione ove era stata fatta la puntura sotto-cutanea, si manifestò un tumore distintamente fluttuante, alla cui apertura si diede tosto mano. Si estrassero 87 grammi di pus buono senza odore. Le ultime porzioni sembravano più sierose dello prime. Lo stato del fanciullo migliorò di giorno in giorno a modo, che dopo due mesi era guarito. Un anno dopo potevasi appena percepire ancora un indizio di sì grave malattia, ed anche tre anni appresso il fanciullo godeva del più perfetto benessere.

Guinier ha raccolti 31 casi, in cui la toracocentesi fu praticata in bambini. L'operazione fu fatta 15 volte in bambini da 6-8 anni, 7 volte sotto agli anni 6, e 9 volte oltre gli 8 anni. Nei maschi 4 volte più che nelle femmine; 6 volte più nel sinistro, che nel lato destro. I successi si mostrarono tanto propizi, che su 6 operazioni una sola fallì. La mortalità successiva non è in verun rapporto coll'età. L'operazione non condusse mai ad una flogosi traumatica delle pleure, nè ebbesi mai a ripiangere verun inconveniente.

In tutti i casi noti l'operazione indusse immediatamente un notevole sollievo: la guarigione fu la regola, e la morte avvenne soltanto per eccezione. Di quest'ultima frattanto non si potè mai incolpare l'operazione; questa anzi contribuì piuttosto a ritardare quella. Se si paragona il numero dei casi di essudato pleuritici operati con quelli non operati, si deve trarre la conseguenza, che un numero rilevante di fanciulli si sarebbe potuto salvare per mezzo dell'operazione. Nei fanciulli la toracocentesi deve essere praticata tanto più presto, in quanto che in essi appunto gli essudati pleuritici hanno una tendenza spiccata a divenire purulenti. I sintomi di uno spandimento pleuritico, ed i segni della sua natura purulenta sui fanciulli, si riconoscono più facilmente e chiaramente, che negli adulti. Inoltre la curva della colonna vertebrale, colla concavità riguardante il lato infermo, accompagna sempre la guarigione; però si compensa spontaneamente, e tanto più presto, quanto più giovane è il bambino. L'incisione degli spazi intercostali, la perforazione dello sterno e delle coste, non diedero nei bambini risultati tanto favorevoli, come la puntura sottocutanea, la quale si deve ripetere a norma del bisogno. L'ingresso dell'aria nella cavità della pleura non pose mai in pericolo la vita dei bambini operati. Le iniezioni furono fatte solo dove richieste dalla necessità, vale a dire negli spandimenti fetidi.

(continua)

Lombroso. — *Il bagno contentivo per la doccia e l'alimentazione forzata negli alienati, e dei vantaggi di questa.* — Arch. Ital. per le malattie nervose. Fasc. III., 1866.

La moda ispirata dalla mansuetudine dei tempi, e fors'anche da quello smodato andazzo per le antitesi, che predomina in coloro che non sapendo

Digitized by Google

fare e nemmeno trafare cercano almeno disfare, ha proclamato come ultimo e nuovo farmaco delle alienazioni la dolcezza, la persuasione, l'astinenza da ogni mezzo contentivo e perfino, che Dio li perdoni, l'assoluta libertà. Illusione ben singolare, quando si pensi come questo supremo bene riesca dannoso anche pei sani, quando non sieno squisitamente educati ed onesti; e noi ben ce 'l sappiamo! E si tessono, intanto, delle tele di Penelope, che si disfaranno poi fra pochi giorni, ma intanto hanno giovato a soddisfare quegli eterni proci, che sono la vanità e credulità umana.

Per parte mia io credo che pei pazzi occorre tanta severità quanta dolcezza, e forse più della prima che della seconda; massime quando si tratti di alienati ricchi, avvezzi, prima, ad usare ed abusare della loro volontà, cosicchè imbizziti poi di sopraggiunta dall'alienazione e dal vedersi obbedire ad ogni minimo cenno, finiscono per trasmodare in modo spaventevole; mentre invece per il solo fatto di trovare una ferrea volontà opporsi recisamente alla loro, essi qualche volta risanano od almeno mitigano nel delirio, e sempre riescono poi a diventare ossequiosi alle cure del medico, e più facili quindi a condurre a guarigione col mezzo dei farmaci.

Fortunatamente pei partigiani della *non restraint* esiste un mezzo comune agli avversari, e che ne tempera i danni - la doccia ed il bagno freddo.

La doccia è, come la chiama l'egregio mio maestro, il Verga, nient'altro che una bastonata liquida, che maschera però ogni intenzione repressiva con una vernice terapeutica così densa, da restare quasi velata ai profani, e qualche volta anche alla trepida coscienza del medico; essa, ammessa anche dai partigiani della non *restraint*, pei pretesi suoi effetti terapeutici, finisce per temperarne molto saviamente gli abusi.

Se non che un ostacolo s'oppone, in molti manicomi, all'uso della doccia, ed è quello di dovere per porla in opera non solo maltrattare l'ammalato, ma anche li infermieri, i quali partecipano, loro malgrado, alla liquida sferzata, e così ripugnano ad eseguirla o la eseguiscono co' modi violenti, che lasciano trasparire di troppo l'intenzione punitrice.

Per ovviare a questi inconvenienti, ho adottato nella mia clinica uno speciale apparecchio, la cui prima idea venne suggerita dai bagni di Charenton, ma che potei perfezionare in grazia agli abilissimi consigli dell'egregio ingegnere Dagna, cui a comunicai il mio progetto.

Esso consiste in una vasca comune di marmo, incastrata da un lato nelle pareti della stanza, e che porta un coperchio di robusto larice.

Questo coperchio è composto di quattro pezzi: un pezzo, consistente in una striscia o travicello, è aderente ed incastrato in parte nel muro, e si articola col secondo pezzo, che costituisce propriamente il coperchio, e che si può alzare ed abbassare come il coperchio di qualunque cassa, e quando è alzato si può tener fisso con apposita serratura al muro.

Questo coperchio finisce all'uno dei capi con una larga apertura quadrata di tal larghezza, da passarvi commodamente un uomo, apertura la quale è limitata ai lati da due robuste braccia o guide di legno, le quali nella loro parte interna presentano una scanalatura.

Entro questa scorre il 3.° pezzo, che è una paratoia, che si può, a volontà, con un congegno praticato nel coperchio grande fissare a quel punto che si desidera. Questa paratoia finisce con una apertura semicircolare. Il 4.° pezzo consiste in una robusta asta di ferro o gancio, che si articola con un anello nel mezzo del coperchio, e quando il coperchio è abbassato, fissandosi coll'altra estremità nel muro, lo tiene completamente immobile.

Pei casi di grandi e robusti individui capaci di grandi sforzi ho aggiunto una cinghia, le cui estremità escono fuori dalle pareti della vasca in alto, e si restringono appena vi si è collocato per entro l'ammalato. — Per coloro che fossero troppo piccoli, e quindi non giungessero col collo all'apertura semicircolare, fo collocare un piccolo sgabello nel fondo della vasca. Per lasciare poi libero sfogo all'acqua della doccia, feci praticare parecchi fori imbutiformi, colla base all'esterno, nel coperchio succitato.

Prima del bagno si lascia scoperchiata la vasca, o almeno si tira indietro la paratoia; quando il paziente vi è adagiato, si abbassa il coperchio, lo si fissa coll'asta di ferro, si fa scorrere la paratoia in modo da circondare come un collare il collo del paziente, il quale si trova frammezzo al margine della paratoia semilunare, e della estremità pure semicircolare della vasca.

Tirata la paratoia, immediatamente la si fissa col congegno praticato nel coperchio. L'ammalato, posto in tali condizioni, si può lasciare solo a bagnarsi senza alcun timore, si può assoggettare alla doccia senza che possa fare la più piccola resistenza, e il medico può assistervi senza mancare a quei dilicati riguardi del pudore, che devono rispettarsi anche nel triste recinto dei pazzi; si può risparmiare l'aiuto di parecchi infermieri, ma quello che è più, questo metodo rende assai più facile e più semplice l'alimentazione forzata.

Infatti l'ostacolo più grande, che s'incontra nell'alimentazione forzata, è nella straordinaria resistenza che presenta il malato, che può fin rendere qualche volta pericolosa e crudele l'operazione, ed obbliga ad ogni modo ad uno sviluppo di forza contentiva, con lacci e braccia d'uomini tale, da rendere più odiosa l'operazione al paziente e più incomoda agli altri.

Digitized by Google

Ora, collocato in questo bagno, ove è già solito ad entrare l'ammalato, non devia dalle abitudini, non esce dalla solita prescrizione terapeutica, ed è sottoposto ad una contenzione così completa, che basta ad impedirne li sforzi, senza che si renda però più evidente la violenza esterna.

Ma io voglio non finire queste linee senza dire due parole a favore dell'alimentazione forzata. Io posso comprendere anche l'abolizione della doccia, non quella dell'alimentazione forzata.

Prima di tutto si hanno alienazioni che dipendono da anemia, da mancanza di alimentazione, ed io non comprendo come l'alienato, se non si alimenti, possa, non che guarire, vivere. Poi anche quelli la cui mania è scevra da anemia peggiorano ugualmente coll'astinenza, e peggiorano soprattutto le tonache gastriche, che una volta accatarrate ed atrofizzate non riescono più atte alla buona digestione.

Ma quello che è più, il rifiuto dell'alimento spesso si aumenta e si eterna, quando non lo si contrasti coll'alimentazione forzata. Io lo posso affermare recisamente: sopra 290 alienati io applicai a 37 individui l'alimentazione forzata col catetere esofageo, e non l'ebbi a replicar mai più di sei volte, anzi raramente più di tre. Gli è che anche il pazzo ha sempre un barlume di logica, e quando si accorge che la manifestazione della sua volontà riesce sterile, che è vinta ad ogni modo, e con qualche dolore per giunta, egli cede e non rinnova più in seguito la sua opposizione.

E non solo io non ebbi a notare alcun danno dall'uso del cateterismo esofageo negli alienati, non solo io con questo vinsi la sitofobia e impedì il progresso delle anemie cerebrali o generali, ma in un caso ho potuto osservare, dietro il cateterismo stesso, perfino la guarigione dell'alienazione. Il caso è il seguente:

F. M. Angela di Cicognola, d'anni 40, che conta fra i suoi parenti un zio tisico, una madre e un nonno materno pazzo, sei morti precoci e due fratelli idioti, infermò parecchie volte di risipole al capo; al 22 Febbraio 1867, in seguito appunto alla scomparsa di una risipola al capo, scoppiò in una mania furiosa; credeva di essere stregata, batteva, mordeva i figli, alternava otto giorni d'astinenza con otto di voracità. Venne da noi al 26 Febbraio. Troviamo un individuo mal nutrito, del peso di 38 chilogr., con capello nero misto a bianco, e con cranio ultradoligocefalo, 196 millim. diam. longit., 140 diam. trasv. e alquanto più piccolo del normale, circonf. 500, curva occipito-frontale 310, bi-auricolare 280.

Era in preda a vera mania furiosa, rifiutava ostinatamente li alimenti, le bevande e i rimedi; dopo 5 giorni di inutile insistenza io mi decido pel cateterismo esofageo, e procedo all'operazione, la quale diede luogo ad una leggiera emorragia nasale, perchè, malgrado venisse legata colla camicia di forza e tenuta ferma sulla scranna da tre robuste infermiere, essa si dibatteva furiosamente. Io le somministrai con questo metodo 2 uova e 600 grammi di latte; un'ora dopo essa era ancora inquietissima; la sera, quando io la rividi, essa era molto più tranquilla; la mattina dopo essa mi si presentò trasformata in faccia, e mi disse per la prima, e in coro lo ripeterono le infermiere, che si sentiva guarita, e che lo doveva al sangue perduto nell'operazione. Essa diffatti da quel giorno, mangiò abbondantemente, e migliorò nelle condizioni psichiche e in tal modo da essere dimissibile al 10 Marzo, giorno nel quale, pesata, risultò di 45 chilogr.

Essa non ebbe più a recidivare fino a tutt'oggi.

Io non credo che la guarigione si debba alle poche goccie di sangue perdute dalle narici e nemmeno all'alimentazione, i cui effetti non potevano rilevarsi che ben più tardi; piuttosto inclinerei a credere che la guarigione (in un caso che pur mi era molto poco sperabile in vista della eredità e della deformazione cranica) sia avvenuta per la violenta scossa morale e fisica impressa dall'operazione, in grazia ai suoi sforzi riescita ancora più dolorosa.

Può essere anche tutto ciò uno di quegli accidenti, i quali anche nel mondo patologico hanno la sua tanta quota d'azione.

Ad ogni modo questo giova a provare sempre più che i vantaggi dell'alimentazione forzata sono molto più numerosi dei danni, danni poi che dalla nuova forma di vasca contentiva possono essere ridotti ed alleviati.

Prima di finire, credo utile ai pratici ricordare un metodo semplicissimo per l'alimentazione forzata già rivelato dal Verga nel 1849, e di nuovo ora introdotto in Italia e con molto successo dal Prof. Tebaldi. Esso consiste nel bavagliare la bocca con compresse fissate con fasciature, e nel sottoporre alle narici di liquido alimentare, che ad ogni inspirazione è forzatamente, ma senza nessun inconveniente, deglutito dall'ammalato. È un metodo assai semplice e comodissimo.

Vallin. — *Della infiammazione peri-ombellicale nella tubercolosi del peritoneo.* — Archives générales de Médecine, Mai 1869.

Secondo l'autore la tubercolizzazione del peritoneo negli spedali militari non si presenta, come nei civili, quasi sempre in seguito della tisi pulmonare, ma talvolta si osservano le granulazioni tubercolari nascere lentamente, *d'emblée*, sul peritoneo, senza apprezzabile segno di lesioni nel pulmone e nelle pleure.

La diagnosi ne è spesso difficile, e perciò l'autore

Digitized by Google

crede utile la proposta di un nuovo segno diagnostico, che consiste in un edema indolente, in un rossore infiammatorio della regione ombellicale, che durano talvolta parecchi mesi, possono terminare colla perforazione della parete addominale, ma ancora in certi casi scomparire grado a grado durante una di quelle ingannevoli remissioni, che spesso si osservano nell'affezione del peritoneo. Questa proposta è fondata sulle tre osservazioni che seguono:

I. — Soldato di 24 anni, di costituzione media, che ha goduto una salute abbastanza buona, entra nello spedale il 15 Febbraio 1866, e presenta: dimagramento, debolezza, dolore oscuro nell'addome, coliche frequenti, da 6 settimane diarrea e costipazione alternate. Addome sparso di durezze a resistenza pastosa, dolente alla palpazione profonda, qua e là ottuso e timpanico, senza ascite, senza fenomeni al petto. — Diagnosi: *probabile tubercolosi del peritoneo.* — Il 15 Marzo si ottiene un senso oscuro di fluttuazione nell'ipogastro; sintomi di tubercolosi riferibili all'apice del pulmone sinistro. — 22 Marzo si osserva un rossore attorno all'ombellico, del diametro di 7-8 cent., *indolente*, con lieve edema, che persiste circa due mesi, mentre cresce l'ascite e tutti gli altri sintomi. — All'epoca della morte (16 Maggio) il rossore era impallidito, e rimpiazzato da una tinta terrea brunastra. Mai si ebbero dolore nè minaccia di perforazione ombellicale.

La necroscopia mostrò i polmoni infarciti di tubercoli, e il peritoneo coperto di granulazioni; l'epiploon in parte scomparso, saldato colle anse intestinali, e queste aderenti al peritoneo parietale a livello dell'ombellico; le pseudo-membrane erano fortemente pigmentate e tubercolose. L'autore non può affermare se vi fosse in questo luogo una raccolta di pus, od un deposito infiammatorio nella spessezza della parete addominale, perchè la sua attenzione non era stata ancora rivolta su questo fatto morboso.

II. — Soldato di 22 anni, robusto, senza gravi malattie precesse, entra nello spedale il 1.° Dicembre 1867. Da un mese gli si gonfiava il ventre; all'esame si constata che la notevole gonfiezza del ventre è dovuta a meteorismo e ad un modico spandimento ascitico; dolore poco; si palpano delle rilevatezze, delle ineguaglianze, delle durezze superficiali. I visceri sani, non febbre. — Diagnosi: *tubercolosi del peritoneo e delle glandule mesenteriche.* — Il 20 Dicembre si trova un vivo rossore risipelatoso alla regione ombellicale, del diametro di 5 centim.; la pelle è edematosa, e le pieghe della cicatrice formano dei rialzi circolari ben marcati; la pressione superficiale non provoca dolore. Questi sintomi persistono immutati per più di due mesi. — Alla fine del Gennaio lo spandimento addominale non è più apprezzabile, ma gli altri sintomi persistono e progrediscono; non febbre alla sera. — Alla metà del Febbraio si svolge un essudato pleuritico a sinistra. La pelle della regione ombellicale è divenuta di colore giallastro, scagliosa, raggrinzata; la cicatrice è rilevata, e forma un piccolo tumore un po' riducibile, a pareti assai sottili, contenente dei gas e dei liquidi, che si apre alla sera del 26 Febbraio, dando uscita a circa due litri di un liquido torbido, ad aspetto stercoraceo. L'infermo muore un'ora dopo.

All'*autopsia* trovasi un liquido citrino poco abbondante, non floccoso nelle due pleure; nessuna aderenza fra le lamine pleurali, sulle quali si scorgono delle granulazioni grigie; tutte queste alterazioni prevalgono nella pleura sinistra. I pulmoni sono sani; il cuore parimente.

Aderenza generale del peritoneo parietale colle anse intestinali, l'epiploon, il fegato, lo stomaco e il colon trasverso. Un pacchetto di anse intestinali saldate fra loro, coperte da false membrane e da granulazioni gialle rammollite, è fissato alla parete anteriore dell'addome da aderenze molli e facili a staccarsi. In certi punti questa aderenza è interrotta da piccoli ammassi di pus e di detrito tubercoloso, accumulati fra le due superficie ulcerate e grigiastre; questa disposizione è tanto più marcata, più si avvicina alla linea alba ed alla cicatrice ombellicale. In un punto, sul limite di una di queste raccolte, compreso fra la parte posteriore dell'ombellico e la parete intestinale ulcerata, esiste una rottura irregolare, che interessa sia la cicatrice ombellicale assottigliata, che il punto aderente dell'intestino, di guisa che le materie fecali hanno potuto scolare al di fuori e nella cavità del peritoneo. Le circonvoluzioni intestinali formano cogli avanzi dell'epiploon ed il mesenterio un ammasso infarcito di tubercoli a tutti i gradi, pigmentato, lardaceo, sul quale si trovano delle varietà curiose di ulcerazioni addossate le une contro le altre, con perforazioni intestinali ecc. I gangli mesenterici sono assai voluminosi, ed alcuni in via di rammollimento. In generale la mucosa intestinale è sana; le ulceri tubercolose sembrano risiedere unicamente sulla superficie sierosa. Riguardo alla perforazione, egli è facile vedere che la ulcerazione dell'intestino si è fatta dal di fuori al di dentro.

Integrità del fegato, dei reni e della milza. Assenza completa di granulazioni nelle meningi.

III. — Soldato di 23 anni, di costituzione abbastanza robusta, sempre sano avanti l'incorporazione, entra nello spedale il 5 Marzo 1868. Infermo dal Gennaio, presenta ora il ventre gonfio per meteorismo e per lieve raccolta di liquido, e i segni di un essudato pleuritico destro. Il 25 Marzo l'ascite è evidente; lo spandimento della pleura destra è scomparso, rimanendo un leggiero ru-

Digitized by Google

more di sfregamento, ma comincia a sentirsi un rumore di raschiamento alla pleura sinistra, senza segni di spandimento. — Il 28 Marzo l'autore si accorge di un rossore peri-ombellicale, analogo a quelli dianzi descritti. — Il 15 Aprile esiste uno spandimento abbondante nel torace sinistro; continua il rossore peri-ombellicale. — Il 23 Aprile alla regione ombellicale una tinta ramea ha rimpiazzato il rossore e l'edema già scomparsi; l'ascite è scemata. — Da questo punto il miglioramento continua, e l'infermo esce convalescente dallo spedale nei primi giorni di Maggio; lo spandimento pleuritico sinistro è assai diminuito; non vi sono segni evidenti di tubercolosi pulmonare.

Passò sei mesi a casa in discreta salute, poi ritornò nella milizia, dove peggiorò di nuovo, talchè si fecero le pratiche necessarie per congedarlo come tubercoloso. — All'ultimo esame fatto il 16 Febbraio 1869, l'addome è gonfio, qua e là duro, però non dolente, senza traccie di fluttuazione; grande dimagramento; segni di malattia tubercolare al lato sinistro del petto ecc.

Le osservazioni precedenti giustificano le proposizioni che seguono:

1.° In certi casi di tubercolosi peritoneale si vedono nascere, in vicinanza all'ombellico, un rossore ed un edema indolente della pelle, che persistono per un tempo abbastanza lungo, variabile da uno a due mesi; la mancanza del dolore sia spontaneo che provocato, della fluttuazione, della febbre concomitante, diversifica questi casi da quelli ove esiste un flemmone delle pareti addominali.

2.° Questi sintomi possono essere l'indizio precoce di una perforazione ombellicale; altre volte compaiono lentamente in uno dei periodi di remissione della malattia principale, quasi senza avere richiamata l'attenzioue del paziente, ma non senza avere fornita al medico una indicazione diagnostica e prognostica seria.

Per bene apprezzare la patogenesi ed il modo di sviluppo di questa alterazione, l'autore si studia di eliminare certe cause di irritazione locale, che sono estranee al soggetto.

La mancanza di nettezza; l'applicazione frequente di cataplasmi ecc., nelle malattie croniche del ventre producono un eczema per accumulo di materie sebacee nelle pieghe dell'ombellico.

Dalle stesse cause può nascere la risipola della regione, assai comune nei fanciulli, la quale ha una certa somiglianza colla inflammazione peri-ombellicale, ma ne differisce per la lunga durata, per la localizzazione dei sintomi, la mancanza completa di dolore ecc.

Altre cause sono le applicazioni di tintura di iodio, e i vescicatori. L'autore applicò la tintura di iodio nella 1.ª e 2.ª osservazione, in modo però da non irritare la regione ombellicale, ma nella 3.ª non adoperò nè tintura di iodio, nè qualsiasi altra sostanza irritante.

Si escludono pure le crepature, gli eritemi determinati dalla distensione estrema dei tessuti edematosi, poichè nei tre malati, come nella più parte dei casi di tubercolosi del peritoneo, l'anasarca e l'infiltrazione sierosa locale sono sempre stati moderati.

Da ultimo vanno distinti dalla inflammazione peri-ombellicale i flemmoni della parete anteriore dell'addome (bene descritti da Bernutz negli *Archives gén. de méd.* 1850), che pure si sviluppano talvolta in seguito ad inflammazioni protratte del peritoneo, veri flemmoni della fascia propria, i quali cominciano con un grave apparato febbrile, si accompagnano a vivissimo dolore localizzato al punto affetto, poi estendonsi a tutto l'addome, e possono raggiungere un volume rilevante, e talvolta terminare colla perforazione della parete in vicinanza all'ombellico; fenomeni tutti che differiscono da quelli notati per l'inflammazione peri-ombellicale.

Dunque bisogna ammettere come seguito della peritonite, forse collegate ad analoghe condizioni anatomo-patologiche, due varietà di inflammazioni della parete dell'addome, l'una acuta, in cui l'ascesso ha sede spesso a qualche distanza dell'ombellico, oppure se si apre qui, avvi un tragitto fistoloso, che conduce ad un focolaio situato più lontano; — l'altra sub-acuta, che si localizza alla linea alba ed all'ombellico, ed è quella che forma il soggetto di questa memoria; la quale ultima varietà può prodursi senza che minacci perforazione, e risolversi dopo uno o due mesi, seguendo un miglioramento apparente avvenuto nella malattia principale.

Lo svilupparsi piuttosto della forma acuta o della sub-acuta dipende forse dalla maggiore o minore abbondanza del tessuto connettivo e dei vasi; e così se il processo inflammatorio si localizza nella regione ombellicale, si ha la forma descritta, avente poca violenza di fenomeni, perchè nella linea alba scarseggiano i vasi ed il tessuto connettivo, e la semplicità di struttura dello strato fibroso rende difficilissimo lo sviluppo di un ascesso nello spessore della parete; se invece la localizzazione si fa in un altro punto della parete stessa, facilmente si produce l'ascesso acuto attesa la maggiore ricchezza del connettivo e dei vasi.

Le condizioni anatomo-patologiche, che darebbero origine a queste inflammazioni della parete addominale, sono le seguenti: l'epiploon, od alcune anse intestinali riunite in un pacchetto, aderiscono fortemente al peritoneo parietale, in particolare a livello dell'ombellico; le granulazioni tubercolari, accumulate nelle sierose e nelle false membrane, si rammolliscono, e scavano nei tessuti piccole cavità piene di detrito tubercoloso e di sanie purulenta. Sulle anse intestinali l'ulcerazione

Digitized by Google

si estende dalla superficie peritoneale verso gli strati profondi, talvolta invade la mucosa, e dà nascimento a delle perforazioni, sulle quali Toulemouche ha già chiamata l'attenzione (*Des perforations intestinales dues à une cause pathologique etc. - Gaz. médic.* 1854); le materie fecali in luogo di espandersi nel peritoneo penetrano nei cunicoli scavati dal rammollimento tubercolare fra le pseudo-membrane e le aderenze, e così mantengono un lavoro infiammatorio, adesivo alla periferia, distruttivo al centro, il quale se ha sede in vicinanza della parete addominale, produce ora l'una ora l'altra delle forme di infiammazione della parete.

Valette. — *Degli accidenti legati alla migrazione imperfetta dei testicoli.* — Lyon médical, N. 10, 1869.

Contenuti nella cavità addominali durante una gran parte della gestazione, i testicoli possono in alcuni casi rimanervi per tutta la vita, od anche arrestarsi in uno dei punti intermedi fra la regione dei lombi, da cui discendono, ed il fondo dello scroto ove d'ordinario essi si portano. Quando rimangono nel ventre, difesi da ogni compressione, si dice che possono svilupparvisi benissimo, e compiere le loro funzioni con l'usitata energia. Non succede lo stesso quando l'organo occupa il canale inguinale, il suo orifizio aponeurotico, od anche le adiacenze di questa apertura: non solo allora il suo sviluppo si compie talvolta male, ma la sua presenza in queste varie località può anche far nascere diversi accidenti, da rendere necessario l'intervento chirurgico.

L'influenza che la posizione anormale del testicolo può esercitare sul suo sviluppo, e conseguentemente sulle sue funzioni, è stato l'oggetto di numerose ricerche per parte di Goubaud e Godard, però solo sotto il punto di vista fisiologico. La migrazione imperfetta del testicolo può in alcune circostanze provocare la manifestazione di fenomeni patologici, che sono assai meno conosciuti.

Il seguente caso, riportato dall'autore, contribuisce a rischiarare questo punto di patologia.

Ferrois di 21 anno, terrazziere, è entrato all'Hotel-Dieu il 22 Febbraio 1869. Il giorno prima l'infermo si era alzato in piena salute. Egli fece uno sforzo poco considerevole e sotto l'influenza di questo il testicolo destro rimontò nella regione inguinale. Tosto si manifestarono dei vivi dolori all'inguine, delle coliche violenti, vomiti, che obbligarono l'ammalato a porsi in letto.

Al momento della visita la faccia è profondamente alterata, e presenta un'angoscia inesprimibile; il ventre è gonfio e dolente. Nella giornata si hanno vomiti di materie dapprima biliose, poi fecaloidi, e singhiozzo frequente. Stitichezza da due giorni. Il polso è a 96, la respirazione a 26; la pelle sembra fredda, però non si può prendere la temperatura all'ascella in causa della estrema agitazione.

Il testicolo occupa la regione inguinale; una delle sue estremità sembra impegnata nell'anello esterno. Del resto non sembra aumentato di volume, nè è dolente; si può anche, agendo con delicatezza, allontanarlo dall'orifizio aponeurotico, ed esplorare quest'ultimo. Non esiste ernia. — Per cura 15 sanguisughe attorno al tumore, unzioni di belladonna sull'addome, cataplasmi di farina di lino; internamente grammi 45 di olio di ricino, che sono quasi subito restituiti per vomito.

Il 23 si aggravano i fenomeni; le circonvoluzioni intestinali distese si disegnano sulla parete addominale; la faccia è contratta; i vomiti ed il singhiozzo continui; le estremità fredde; il polso a 120, la respirazione a 32.

Nella notte del 24 l'infermo ebbe scariche alvine abbondanti. I fenomeni si sono mitigati.

Il 25 Febbraio la fisionomia è buona; il ventre è cedevole ed indolente; il polso a 74. Il malato chiede da mangiare. A questo punto è facile di far discendere il testicolo nello scroto, ed una pressione leggera basta per mantenervelo, per cui l'autore fece costruire un bendaggio analogo a quello adoprato da Follin in casi simili; ma dovette rinunciare ad applicarlo, perchè poco dopo i dolori riapparvero, cessando ogni volta che non si opponeva più all'ascensione del testicolo verso l'anello.

L'infermo non potè dare contezza alcuna sull'epoca nella quale il testicolo destro era uscito dall'addome. Solo affermò che quest'organo occupava spesso l'orificio inguinale, discendeva d'ordinario nello scroto, senza però porsi mai allo stesso livello dell'altro. A diverse epoche era stato colpito da accidenti analoghi a quelli or ora descritti, sempre in causa di sforzi; accidenti che duravano uno o due giorni, rimontando il testicolo durante l'attacco bruscamente nell'inguine. Alcune volte però avveniva il movimento di ascensione del testicolo, senza la contemporanea comparsa dei fenomeni gravi. La posizione dell'organo era estremamente variabile. Tuttavia nell'intervallo delle grandi crisi la salute non era perfetta; l'infermo provava quasi di continuo peso nel ventre, lassezza, gorgogli, e ad ogni istante era costretto a sospendere i suoi lavori.

Ora a qual causa andavano riferiti gli accidenti descritti, e che dovevasi fare per prevenirne il ritorno?

Questo infermo ha presentati tutti i sintomi di uno strozzamento intestinale, e nessun medico avrebbe esitato ad affermare, che esisteva un osta-

Digitized by Google

colo materiale al corso delle feccie. Delle recenti ricerche hanno insegnato, che infermi possono presentare tutti i sintomi della occlusione intestinale, e soccombere senza offrire la minima traccia di uno strozzamento, o di una ostruzione meccanica dell'intestino. Molti fatti di questo genere trovansi menzionati negli autori, e registrati specialmente nella tesi del Dott. Henrot pubblicata nell'anno 1865, ed intitolata. - *Sur les pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin*, per cui ora la realtà dei pseudo-strozzamenti è messa fuori di dubbio. — Resta a spiegarsi come questi pseudo-strozzamenti possano prodursi nei casi analoghi a quello, che è l'oggetto di questo lavoro. Nel passato si invocava vagamente la simpatia; ora la scoperta del potere riflesso della midolla spinale ha gettata una luce feconda su molte questioni, e può dirsi che con essa si spiegano benissimo ancora i fenomeni che si sono presentati in questo infermo.

Egli è ora ben dimostrato, per esperienze in ispecie di Bernard e di Brown-Sequard, che i movimenti dell'intestino sono sotto la dipendenza di azioni riflesse, dovute sia ad una speciale eccitazione della mucosa intestinale, sia a quella del peritoneo, dei tegumenti, sia anche di un altro organo adiacente alla cavità addominale, come il testicolo. Basta, perchè il movimento riflesso si produca, che un nervo sensitivo, che riceve un'impressione, la comunichi a un centro nervoso, d'onde parta un nervo motore, che si renda alla tonaca muscolare dell'intestino. Brown-Sequard ha inoltre dimostrato, e ciò è della massima importanza per intendere la spiegazione data da Henrot, che le azioni riflesse sono di due ordini: le une producono un movimento, una contrattura delle fibre muscolari; le altre al contrario si manifestano per una paralisi, sono cioè azioni riflesse d'arresto o paralizzanti.

L'osservazione esposta sembra all'autore un esempio di pseudo-strozzamento determinato da una paralisi intestinale reflessa.

I fatti di questa natura sono rari nella scienza. Il testicolo arrestato ed infiammato nel tramite inguinale non è un fatto eccezionale; ma qui non si trattava di un'orchite inguinale. Infatto la glandola era indolente al tocco, di volume normale, ed anzi la sensibilità dell'addome faceva contrasto con questa indolenza. Aggiungendo a ciò la rapidità della guarigione, tostochè il corso delle materie fecali si ristabilì, non è da ammettersi, che i fenomeni di strozzamento dipendessero in questo caso da un rapido propagarsi dell'infiammazione al peritoneo. — In armonia alle cognizioni fisiologiche moderne, ecco come l'autore spiega il concatenamento dei sintomi. 1.° Irritazione, eccitazione dei nervi testicolari per lo spostamento e la compressione dell'organo. 2.° Trasmissione dell'impressione alla midolla, che reagisce sull'intestino per l'intermezzo dei fili del gran simpatico. 3.° Azione paralizzante di quest'ultimo sulle fibre muscolari dell'intestino, non che sui suoi vasi, d'onde arresto delle materie alimentari, fenomeni di strozzamento, congestioni ecc., e, se le cose durano lungo tempo, possibilità dello sviluppo di infiammazioni.

Riguardo alla cura da praticarsi in questo caso, riuscita inutile ed anzi nociva l'applicazione di un bendaggio, non restavano che due risorse; o scavare una cavità nello scroto, come praticò Rosenmerckel, tentando di ricondurvi il testicolo e di fissarvelo mediante incisioni e punti di sutura convenientemente combinati, operazione che fu seguita da insuccesso, e rigettata inoltre da Curling; oppure eseguire la castrazione. Questa, a cognizione dell'autore, è stata eseguita tre volte, da Hamilton, da Poly e da Blandin: nei due primi casi la sierosa testicolare non comunicava col sacco erniario, e l'operazione ebbe delle conseguenze molto lievi: nel caso di Poly la sierosa stessa comunicava col peritoneo, e l'infermo guarì, ma si ebbe a combattere una grave peritonite.

A questo modo di cura vengono fatte due obbiezioni: 1.° È egli permesso rimuovere un organo così importante come il testicolo, quando non si presenti una lesione che per se stessa giustifichi la sua ablazione? 2.° La castrazione, che nei casi ordinari espone a pericoli più e meno numerosi, non è ella soprattutto pericolosa in questo caso per la ragione del frequente comunicare della sierosa testicolare colla cavità del peritoneo?

Alla prima obbiezione l'autore risponde, che se l'organo era sano, era però una minaccia continua alla salute generale per le sofferenze incessanti, ed anzi un pericolo per l'infermo. Inoltre il testicolo, sebbene apparentemente sano, tuttavia il più spesso ha subite delle modificazioni di tessitura abbastanza profonde, da renderlo improprio ad adempiere alle sue funzioni (Curling, Goubaud, Godard). — Alla seconda poi ha ovviato mediante una modificazione nel processo operatorio, come nell'operazione che eseguì nel suo infermo il 28 Febbraio.

Fece una incisione longitudinale sui tegumenti che ricoprivano il tumore, e rapidamente dissecò ed isolò l'organo ed il suo cordone; allora riconobbe che la sierosa testicolare comunicava colla cavità addominale, per cui avanti di sezionare il peduncolo, e per conseguenza di aprire questa cavità, afferrò le parti da recidersi fra i morsi di una pinzetta all'uopo preparata, la quale consisteva in una specie di clamp, le cui branche scavate da una doccia erano guernite di pasta di cloruro di zinco. (Si potrebbe rimpiazzare questo strumento coll'enterotomo di Dupuytren, colla precauzione di riempire di caustico la branca femmina dell'istrumento). Messo in posto l'ap-

Digitized by Google

parecchio, e stretto convenientemente il peduncolo, incise in un sol colpo con bistorino al davanti della pinzetta tutto ciò che doveva esser rimosso. L'operazione ebbe, come era da prevedersi, conseguenze di una estrema benignità. Il 3 Marzo l'istrumento fu tolto, e lasciò vedere un'escara secca e resistente, che si distaccò al termine di otto giorni. La cicatrizzazione progredì rapidamente, e fu completa al 19.

Il testicolo all'esame istologico nulla presentò di anormale; lo sperma offriva spermatozoidi in piccolo numero, ed affatto immobili: sotto l'azione di una soluzione di carbonato di potassa non riprendevano i loro movimenti, ciò che fece supporre che la loro immobilità fosse già antica.

Questo processo dell'autore, che è quello che egli impiega da parecchi anni per praticare la castrazione, è di una grande semplicità ed utilità; diffatti dispensa da ogni legatura; assicura contro l'emorragia; produce minori dolori per l'aggiunta del caustico; e nel caso speciale permette di chiudere completamente la cavità peritoneale avanti di aprirla, rendendosi così impossibile la introduzione dell'aria; e da ultimo la cauterizzazione dà all'operazione quella impronta di innocuità, che costituisce uno dei suoi più grandi vantaggi

Da ciò che precede l'autore si crede autorizzato a concludere:

1.° Che la migrazione imperfetta del testicolo, od ectopia testicolare, può, quand'anche l'organo non è impegnato nel canale inguinale, e quando anche non è la sede di una lesione inflammatoria, od altro, essere la causa di accidenti gravi, che mettono la vita in pericolo.

2.° Che questi accidenti sono dovuti a un pseudostrozzamento, posto sotto la dipendenza di fenomeni reflessi della midolla spinale.

3.° Che nei casi di questo genere si è autorizzati a praticare la castrazione, a meno che per eccezione non si possa mantenere il testicolo in una positura conveniente col mezzo di un bendaggio.

4.° Che questa operazione è semplificata, e soprattutto resa infinitamente meno grave dal processo operatorio sopra descritto.

Maggiorani. — *Il magnete ed i nervosi.* — Arch. Ital. per le malattie nervose. Fasc. III., 1869.

Riassumerò il più brevemente possibile le importanti scoperte del Prof. Maggiorani sull'azione della calamita nell'uomo. Egli osservò che l'applicazione, anche per 3 o 4 minuti, di una calamita poco forte induce nei pazienti senso di stringimento alla fronte, alle tempia, alla nuca, vertigini, oscuramento della vista, tintinnio agli orecchi, cefalee, vampe calorose alla testa, al petto, scuotimenti e tintinnio del capo, sbalordimenti, allucinazioni, arrossamento degli occhi, lagrimazione, abattimento delle palpebre, spasmi facciali, stridore dei denti, deglutizione della saliva, senso di stringimento alle fauci, respirazione singhiozzante o sospirevole, ambascia, senso di molestia alla regione epigastrica, lipotimia, borbottamenti del ventre, eruttazioni, nausea, vomiturizione, tremolio generale, contrazioni involontarie di muscoli, torpore, formicolio e anestesia degli arti, accessi di convulsioni cloniche o toniche.

In mezzo a tanti disordini l'imposizione della calamita portò alcuni effetti benefici, che possono epilogarsi nei seguenti. Pronta cessazione di un feroce dolore alla regione ischiatica del lato offeso in una emiplegica. Alleggerimento notevole di un accesso di nevralgia facciale coll'intervento del sonno. Rapida scomparsa di un tremolio generale della persona, che durava già da quattro ore, facendo ponte sui femori di una spranga magnetizzata. Interruzione di accessi convulsivi quotidiani, mantenendo due calamite sulla faccia interna delle coscie. Diminuzione notevole della tosse e della dispnea in un'asmatica, tenendo appesa una calamita sul petto durante la notte. Ripresa di sonno placido e lungo, dopo averlo perduto col reumatismo, portando al collo un ferro magnetizzato. Scioglimento facile e celere dello spasmo tonico degli arti, lasciato dagli accessi convulsivi, strisciando la calamita sulle articolazioni e sui muscoli rigidamente contratti. Un accesso d'isteralgia in epoca di mestruazione laboriosa sedato colla imposizione della calamita sulla regione ipogastrica. Rigidità dolorosa alla nuca in una paraplegia, allontanata per alcune ore coll'applicazione topica dello stesso agente.

Le impressioni prodotte dalla calamita sono quasi sempre fugaci; il senso di bruciore, di puntura o di attrazione, sperimentato nel punto in cui fu imposta, si dilegua ben presto, e non torna per mantener che ivi si faccia quel ferro. Se però, essendo tollerabili le molestie che da principio essa reca, si persiste a tenerla indosso una intiera notte, occorre allora che l'intormentimento agli arti, o il senso di peso al petto si prolunghino più di un giorno dopo rimossa la magnete. E talora l'effetto fu durevole anche per breve applicazione di essa; e ricorda casi di isteriche, che si dissero conturbate per due o tre giorni da pochi minuti di esperimento magnetico. Altre volte esso conduce subito a fastidî insopportabili al capo, a vertigini, a confusione delle idee, ad oscuramento della vista, e in tal caso è d'uopo sospenderlo, acciò non si faccia cagione di lipotimia o di convulsioni. In qualche esempio assai raro l'isterico o l'epilettico dichiarano di non risentire alcuna impressione dalla calamita, ma intanto osservan-

Digitized by Google

doli attentamente si vede che le palpebre sono agitate da un moto insolito, che le pupille si dilatano, che essi traggono lunghi sospiri, che inghiottono la saliva, che corrugano la fronte, o contraggono qualche altro muscolo della faccia, che mutan colore, che il pollice si allontana involontariamente dall'indice o il mignolo dall'annulare, che chiudon le mani in pugno senza avvertirlo. I ciechi nati e i sordo-muti dal più al meno si sono mostrati quasi tutti sensibili alla calamita.

In una metà di casi il circolo durante il contatto magnetico si accelera da sei a otto battute al minuto, e l'arteria sentesi più contratta che nol fosse innanzi l'esperienza. Il respiro è quasi sempre turbato, anzi suol esser questo il primo sintomo a venire in scena; il turbamento avviene in più modi, cioè, o le escursioni costali si fanno meno numerose e più ampie, ovvero si accelerano e divengono convulsive, o finalmente la respirazione si esaurisce, palesandosi a quando a quando con profondi sospiri.

L'applicazione della magnete suol risvegliare nelle isteriche apparenze morbose consimili a quelle cui sogliono andare abitualmente soggette, di maniera che questo agente può servire di spia a scoprire alcune condizioni patologiche, e mezzo a determinare la forma speciale della neurosi. Così in quella inferma, ove domina l'angustia del respiro e la palpitazione, ivi appunto la calamita suscita dispnea e cardiopalmo, e nelle altre, che sono più spesso travagliate dalla cefalea, gli è il peso alla testa che suole indurre la spranga.

Il grado di suscettività a risentire l'azione della calamita differisce grandemente da un soggetto all'altro, in modo da potersene formare diverse categorie. Nella prima, in ordine di leggerezza, i suoi effetti riduconsi a senso di peso al capo, congiunto ad una molesta tensione alle tempia o alla fronte o alla nuca, cui talora si associa qualche vampa, che dall'epigastrio sale verso il capo. In questa entrano gl'ipocondriaci, e tutti coloro che vanno col nome di nervosi, o che soffrirono di recente gravi perdite di sangue o prolungati dolori. Alla seconda appartengono i disordini del respiro e del circolo, oscuramenti della vista, lagrimazioni, capogiri, aberrazioni della sensibilità tattile, della dolorifica, e della motilità; e di questa fan parte i paralitici e li epilettici, le isteriche, che non sono travagliate da accessi quotidiani o frequenti nel tempo dell' applicazione magnetica. Alla terza si riferiscono i parossismi completi di convulsioni toniche o cloniche, di lipotimia, di epilessia; e in tale sfera si trovano epilettici ed isteriche, che soggiacciono a frequenti parossismi nel tempo in cui si praticano gli esperimenti. Per altro convien dire che tali categorie non sono le espressioni di regole invariabili, essendo occorsi esempi ove spesseggiavano gli accessi di convulsioni isteriche e di epilessia, e in cui la calamita non valeva a suscitarli, ma limitavasi a indurre i fenomeni di secondo grado; come pure si offrirono epilettici ed isteriche a parossismi frequenti, in cui la spranga magnetizzata talora era capace di riprodurli, e un' altra volta vi si mostrava insufficiente.

Il luogo ove si appoggia la calamita non è privo d' influenza sui fenomeni che ne risultano. Salvo qualche eccezione, non vide effetti notevoli dalla sua applicazione sul ventre, e pochi furono i casi in cui la regione sternale riuscisse molto fruttuosa. I punti più propizi alle manifestazioni dei ridetti fenomeni, furono quasi sempre il vertice, la fronte, la radice del naso, il setto delle narici ed il mento. La diversità del luogo influisce anche sul turbamento diverso delle funzioni; imperocchè l'applicazione, che si pratica sul dorso o sulla palma delle mani, induce più spesso torpore degli arti superiori, formicolamento lungo i medesimi, diminuzione o perdita totale della sensibilità tattile e della dolorifica fino al terzo superiore del braccio e talora fino al cavo ascellare, impotenza a sollevare il membro, a fletter l'antibraccio sul braccio, a piegare le dita; e così pure per gli arti inferiori, posando la spranga a ponte sul collo dei piedi. I disturbi del respiro e del circolo, i capogiri, l'oscuramento della vista, il peso alla testa, sono provocati più presto o più facilmente dall'applicazione sul vertice o sulla faccia. La titubazione della persona, i tremori generali, i moti involontari delle dita erano promossi più spesso dirigendo la magnete alla nuca o al sincipite che in qualunque altro punto.

Io ebbi a verificare molti di questi fatti più volte nel mio maniconio: un idiota insensibile alle punture, all'elettrico, avvertiva il *foco* diretto dal polo nord del magnete; un epilettico ricade nell'accesso furioso appena n'è tocco; una melancolica cieca ebbe deliquio e sonnolenza grave dopo il contatto della calamita. Una pellagrosa anemica, sottoposta parecchio volte alla calamita per certe sue cefalee, che ella diceva miglioravano con essa, un dì che le posi sul capo, senza ch'essa il vedesse, un chiodo ricurvo - mi disse che questa *calamita* non le induceva quel senso di caldo, che induceva quell'altra. Tuttavia non potei notare che un solo caso di vero miglioramento di cefalalgia grave in una isterica nell'ospitale di Verona, e mi riesce affatto inesplicabile, come vi siano alienati e sani tanto insensibili, ed altri così sensibili a questo stimolo.

Prof. C. LOMBROSO.

Digitized by Google

Jolly. — *Sulla dottrina della rottura dell'utero sotto al parto.* — (Arch. gén. 1868) Schmidt's Jahrbücher, N. 2, 1869.

Contro l'opinione comune, l'autore nel corso dell'anno 1866 osservò nella maternità due fatti di rottura dell'utero, *avvenuta la quale l'attività delle doglie rimase forte e regolare*, di modo che in un caso il bambino anzi fu espulso spontaneamente. Quasi tutti gli ostetrici moderni (fino da Crantz) indicano come segno caratteristico e quasi patognomonico della rottura la cessazione dell'attività delle doglie dal momento della rottura. Su ciò si esprimono decisamente madama Lachapelle, Velpeau, P. Dubois, Moreau, Chailly, Cazeaux, Fletwood Churchill, Joulin. — Da tre sue osservazioni simili, registrate nel giornale di madama Alliot levatrice capo nella maternità, l'autore fu spronato ad ulteriori ricerche, e trovò nella letteratura numerosi casi della stessa specie, la massima parte dei quali però dovette lasciar da parte, in causa di diverse inesattezze nelle indicazioni, ed in ispecie perchè molti autori sembrano partire dalla supposizione del rapporto necessario fra la rottura dell'utero e la cessazione delle doglie, e perchè quindi, attesa la persistenza della funzione, non si diagnostica la rottura avvenuta. Il numero di questi casi si può notevolmente aumentare, se si computa la quantità considerevole di rotture avvenute nella gravidanza, seguite dalle doglie, le quali espellono il feto nel modo ordinario. L'autore però intende di illustrare soltanto i casi, nei quali, dietro la comparsa improvvisa della rottura all'atto del parto per una causa qualunque (cattive manovre, doglie troppo violenti e continuate, deformità del bacino, posizione viziosa ecc.), le doglie continuarono regolari e forti, tanto se la rottura avvenne nel corpo, ovvero nel collo, di modo che si ottenne in parecchi casi il compimento sponteneo del parto. Delle ventitrè osservazioni, che l'autore adduce, 17 sono prese da giornali francesi e stranieri; 3 sono di madama Alliot; le due dell'autore si verificarono nella maternità, e l'ultima provenne da Suchard.

Nella *prima parte* del lavoro raccoglie quei casi (10), in cui gli ostetrici dovettero compiere il parto. Questi sono descritti dettagliatamente, e furono osservati da Ozanam, M' Clintock, Aveling, Copeman, madama Alliot (3), Grünewald, Radford ed uno dallo stesso autore. In 4 casi ancora, dopo accaduta la rottura, si osservò una ben debole attività delle doglie, il che l'autore pretende di spiegare per l'indebolimento di tutti gli organi; negli altri 6 però l'attività delle doglie esisteva gagliarda e regolare anche dopo la rottura. Nell'ultimo caso l'autore fa menzione di un nuovo sintoma della rottura dell'utero (secondo Tarnier), ed è la presenza di un tumore visibile nella regione della vescica, il quale non impiccolisce pel cateterismo. Esso nasce per raccolta di sangue nella rottura della parete anteriore al disopra della sinfisi del pube (spandimento di sangue nel tessuto celluloso sotto-peritoneale fra la vescica e l'utero), quando la rottura non divide il peritoneo fino ai legamenti larghi dell'utero. Malgrado che nei due casi in quistione esistesse perforazione dell'utero, pur tuttavia l'attività delle doglie dopo l'avvenimento della stessa si sarebbe detta più energica di prima.

La *seconda parte* comprende 13 casi, nei quali l'utero rotto potè condurre a termine spontaneamente il parto. — I casi furono osservati da Guillemeau, Cothrall, Lachapelle, Blundell, nella maternità (2, uno dell'autore), da Murphy, Bluff, Jngleby, Kern, H. P. Worthington, Meachan, Suchard. L'autore a questi aggiunge un caso di rottura di utero (Lorain) in una gatta, avvenuta nell'ultimo mese di gestazione, e due di madama Alliot, in cui dopo la rottura non si stabilirono le doglie, ma solo una contrazione spasmodica permanente dell'utero, la quale persistè colla forza medesima con cui suole osservarsi in caso di utero intatto.

Le spiegazioni date dagli autori a questo sintoma (persistenza delle doglie dopo la rottura) si possono distribuire in due categorie. Da una parte si ammette che il feto, per la sua presenza nell'utero, lo irriti e lo spinga a contrarsi finchè si rompe, e che l'utero cada nella più completa inattività appena ne è espulso il contenuto nella cavità dell'addome, oppure venga messo alla luce (opinione già emessa da Baudelocque e seguita da altri francesi, Deneux, Lamare-Piquot, Murat). La seconda teoria assegna alla ferita la stessa influenza, che Baudelocque attribuisce al feto, ed a seconda che la lesione è penetrante e grande, od incompleta e piccola, si osserverà la cessazione o la persistenza dell'attività delle doglie (opinione accettata dalla scuola inglese ed alemanna, Robert Collins, Reynold, Ramsbotham, Bennet e Churchill). Finalmente avvi una terza opinione, la quale è composta dalle due prime. Senza fondare una teoria, si contentano di constatare il fatto Dewees, Collin, Tomas, M. Kewer. Tyler Smith crede che la contrazione continui soltanto quando le lacerazioni sono puramente sotto-peritoneali. Anche in Germania pare che si sia constatato un tal fatto (Ritter). Siccome però, come mostra un caso di Vaudin, talvolta si stabiliscono contrazioni evidenti anche dopo la uscita del bambino o dentro la cavità addominale od allo esterno, così il feto non ne può fornire lo stimolo. Anche la seconda ipotesi è insufficiente a mettere in chiaro questo sintoma, essendosi terminato naturalmente il parto anche in caso di fenditure assai grandi; ed all'incontro in alcuni casi di fessure assai

Digitized by Google

piccole, senza compromissione del peritoneo, l'attività delle doglie rimase d'improvviso interrotta, con che viene confutata anche l'opinione di Tyler Smith. L'ipotesi forse più plausibile cerca la spiegazione della persistenza dell'attività delle doglie nella sede della lesione. Siccome il fondo dell'utero, come è già noto, prende parte attiva ad ogni contrazione, mentre il collo e la sezione inferiore dell'utero sembrano quasi inattivi, così l'attività delle doglie può rimanere ancora regolare quando il fondo sia intatto. Ad ogni modo però due circostanze stanno contro anche a questa asserzione. Primieramante perchè il fondo dell'utero si rompe assai di rado, e secondariamente perchè fra i casi pubblicati dall'autore ve ne sono decisamente di tali, in cui il fondo era lacerato, e tuttavia fu constatata la persistenza delle doglie. Però queste due obbiezioni rimangono infermate da un più attento studio dei casi. Rapporto alla diagnosi della rottura ha valore speciale la persistenza delle doglie. In caso di cessazione improvvisa si può decisamente ammettere l'avvenuta rottura: se questo segno manca, in allora il rimanente dei sintomi in complesso può far soltanto nascere il sospetto della rottura, non essendovi alcun sintoma patognomonico, ed anche potendone mancare qualcuno, come l'emorragia allo esterno, il dolore, il cambiamento di posizione delle parti presentantesi del feto.

L'autore viene a queste conclusioni: la cessazione delle doglie dopo la rottura non è così costante, come ne sembrano persuasi gli ostetrici moderni. Fatta astrazione da quei casi con doglie deboli, irregolari, od a grandi intervalli, se ne dà un certo numero, forse più frequenti di quanto indicano le 23 osservazioni raccolte, nei quali l'utero conserva la sua forza fino al compimento naturale od artificiale del parto. Questa circostanza rende più difficile la diagnosi della rottura, e raccomanda al medico pratico la massima attenzione. In alcuni casi la diagnosi è facilitata dall'esistenza di tumori, fatto appena ricordato dagli autori, che si possono riconoscere per mezzo della vista e del tatto. Essi nascono per ispandimento di sangue sotto al peritoneo o fra i due fogli del legamento lato (cui si può mescolare dell'aria), ed invadono ora la regione ipogastrica, ora l'una o l'altra fossa iliaca.

Terminato il suo lavoro, giunse all'autore lo scritto di Hecker «*Sulla sintomologia della rottura incompleta dell'utero*» (Mon.-Schr. f. Geburtsk. April, 1868), nel quale Hecker come nuovo segno della rottura incompleta dell'utero, dietro due casi dettagliatamente descritti, adduce la formazione di un tumore simile a quello descritto da esso. Nel lavoro di Hecker l'autore trova una conferma delle proprie osservazioni, in quanto che anche Hecker giunge al risultato, che quando in un parto, il quale forse già mostra un carattere sospetto, si forma un tumore nella parete anteriore della vagina, che aumenta a vista d'occhio, elastico, teso, che si può interpretare per un abbassamento od un cistocele vaginale, allora è assai probabile l'esistenza di una rottura incompleta dell'utero.

Liegey. — *Osservazioni sulla ritenzione della placenta, e considerazioni sulle malattie puerperali.* — (Journ. de Brux. 1868) Schmidt's Jahrb. N. 2, 1869.

In quasi 30 anni di pratica ostetrica l'autore osservò solo 3 casi di ritenzione della placenta.

1.° *Caso.* — Applicazione del forcipe per incuneamento del capo: il bambino morto in seguito dell'avvolgimento del cordone attorno al collo. — Ritenzione della placenta. Prima dell'estrazione della placenta l'utero presentava una figura bicorne: il cordone ombellicale conduceva ad una stretta apertura, che era diretta verso il fondo ed il lato destro dell'utero. La placenta era situata in questa tasca accidentale, la quale a poco a poco si era dilatata in causa dell'emorragia prodotta sotto le trazioni sul cordone ombellicale (!), con che facilmente riuscì l'estrazione della seconda (probabilmente già staccata), e l'utero prese ben tosto la sua forma normale. Il puerperio decorse felicemente, se si eccettua che nel secondo giorno per commozioni dell'animo comparvero tre deliqui.

2.° *Caso.* — Posizione del capo e parto normale: cordone attorno al collo del bambino morto, ritenzione della placenta, emorragia. L'utero sembrava bilobato; introdotta la mano, questa riuscì ad una stretta apertura, per la quale si insinuava il cordone; dietro dilatazione progressiva della strettura la mano penetrò nella 2.ª cavità, che conteneva la placenta, la quale si potè facilmente staccare dal fondo della bisaccia. La forma dell'utero divenne poscia normale. Puerperio senza disturbi.

3.° *Caso.* — Posizione delle natiche trasformatasi in quella pei piedi: feto vivente, benchè il cordone fosse attorcigliato al collo, ma per vero non molto teso. Ritenzione della placenta: emorragia forte dopo il parto, seguita da deliquio, vomito, convulsioni nei muscoli della faccia e coma di breve durata. Colla guida del cordone la mano arrivò in una prima tasca uterina, la quale appena si contraeva, e nel cui fondo riscontrava un piccolo pezzo di placenta come cinto da una apertura rotonda, che formava l'ingresso in una seconda cavità fortemente contratta, ove trovavasi la placenta aderente, che fu staccata ed estratta. La perdita del sangue si fermò ben tosto, ed all'infuori

Digitized by Google

di una sete violenta non sorvennero altri accidenti. Nel giorno appresso e nel terzo però si presentarono i sintomi di una febbre puerperale con brividi frequenti di freddo, che solo col chinino furono rimossi, dopo di avere già applicato sul ventre spalmature di collodion alla Latour per combattere la peritonite. In tre settimane si ebbe la guarigione, quantunque fosse comparsa una tosse spasmodica con grave dispnea.

La prima menzione di arresto della placenta, come dice l'autore, viene da Pru, il quale credeva che avvenisse in seguito di divisione dell'utero in due cavità per un difetto di formazione primordiale, il che però non si accorda nè colla osservazione nè colla verosimiglianza. Capuron sostenne la stessa opinione, ritenendo che l'orifizio interno dell'utero fosse il punto che divideva le due cavità. J. Hatin descrive la stessa seconda cavità, la cui sede può essere diversa a seconda della contrazione dei diversi fasci muscolari; quindi può essere situata al fondo o verso una delle quattro faccie laterali dell'utero: nè meno differenti sono le insaccature in rapporto alla dimensione loro. Désormeaux dà un importanza speciale alle pareti laterali dell'utero, mentre Simpson ammetteva che si formassero per contrazione dell'orifizio interno due cavità poste l'una sopra l'altra.

Nei 3 casi dell'autore la cavità trovavasi al fondo ora più a destra ora più a sinistra, ed il luogo della strettura gli sembrò situato al disopra della bocca interna, cosicchè egli è costretto ad ammettere con Hatin e Désormeaux, che sia il risultato della contrazione ineguale dei fasci uterini, e perciò possa formarsi in punti differenti, di preferenza però nella bocca interna dell'utero.

In rapporto al modo di comportarsi dell'utero l'autore avverte, che in tutti i suoi tre casi eravi emorragia, e in un caso sul finire della gravidanza aveva avuto luogo una caduta, dietro la quale erano insorti violenti dolori al sacro, susseguiti ben tosto dalle doglie del parto. Nei bambini tutti il cordone era attorcigliato al collo, e qui trova posto un'osservazione uguale di Megfeld. Laonde l'autore fa il quesito, se la compressione e la lacerazione del cordone possa avere influenza nella produzione di una strettura e dell'adesione della placenta. In rapporto all'osservazione ultima l'autore chiama l'attenzione sulle circostanze seguenti:

1) *Prodromi:* i dolori nervosi reumatici della regione sacrale dopo il trauma, irradiantisi verso l'utero: i disordini di digestione e il moto febbrile con brividi ripetuti, che sono frequenti nella gravidanza e nel puerperio, e spesso così violenti, da poter pensare ad una malattia vaginale, come il cancro.

2) L'autore non ritiene come pretta eclampsia *lo scoppio di fenomeni eclamptici sotto l'influenza della emorragia e della ritenzione della placenta*, ma soltanto come il principio della susseguente considerevole alterazione.

3) *Gli accesssi al terzo giorno di puerperio:* qui non fuvvi più alcun dubbio sulla comparsa di un'affezione gravissima, e l'autore è propenso a cercarne il motivo in parte nelle influenze atmosferiche, avendo infuriato contemporaneamente un violento temporale, in parte specialmente nella comparsa della febbre del latte, con cui terminò la febbre puerperale.

4) *La poca violenza dell'ultimo attacco sotto l'influenza della cura col chinino*, specialmente allo stesso tempo in cui si mostrò la febbre del latte. Cessavano tosto i brividi, e presentossi un sonno tranquillo.

5) *Lo stato del ventre e dei lochi.* I sintomi della metro-peritonite esistevano solo incompletamente. I lochi fluivano intermittenti e poco copiosi in seguito dell'abbondante perdita sanguigna e del sudore profuso.

6) La secrezione *del sudore* continuò fino alla convalescenza, e l'autore la considera come un sintoma della febbre sudatoria, la quale costituisce la base di un gran numero delle nostre febbri tanto svariate.

7) *La cura:* l'autore è poco propenso per le sottrazioni sanguigne generali e locali nelle gravide e nelle puerpere, e invece molto più pei sali di chinino. Egli amministra il chinino nel caffè, nel thè, oppure in pillole. Non furono prescritti purganti, ma solo lavativi. Dopo 2-3 giorni fu abbandonata la spalmatura con collodion, ed in luogo di questa si fecero frizioni con unguento napoletano, senza che avvenisse salivazione, la qual cosa non era nella mente dell'autore, sebbene in un buon numero di inferme questa rappresentasse una parte benefica.

8) *Il nutrimento e l'uso del vino.* Sonovi circostanze che sembrano controindicare l'uso degli alcoolici e di un nutrimento sostanzioso, specialmente nella gravidanza e nel 1.° periodo del puerperio. Tuttavia nè l'emorragie nè il delirio sono sempre contro-indicazioni. L'autore porta degli esempi in cui giovò il vino ed il *caffè di Kirch.* Sebbene egli spieghi questi vantaggi per ciò, che le emorragie spesso sono fenomeni concomitanti «di febbre sotto la forma di emorragia», febbre metrorragica, noi per altro non garantiamo la validità di questa spiegazione. L'autore comunica in comprova di ciò un fatto consimile, pel quale valgono le stesse considerazioni, che presentossi come una metro-peritonite, nel cui decorso, come al solito, si alternarono remissioni ed esacerbazioni, ed insorsero emorragie, le quali sotto l'uso del vino (puro o inacquato) cessarono.

Digitized by Google

Chappet. — *Osservazione di un tumore cerebrale.* — Lyon médical N. 8, 1869.

Il sig. Michele Larivil dell'età di anni 40, entra all'Hôtel Dieu il dì 8 Ottobre 1868, sala S. Bruno N. 9. Le sofferenze di lui cominciarono con una diplopia venutagli improvvisamente e senza causa cognita. Dopo tre settimane provò dolori sopraorbitali assai tenaci alla parte sinistra. Al momento del suo ingresso nello spedale la cefalalgia frontale sinistra è continua e molto intensa, la diplopia persiste, la visione è diminuita a sinistra, l'orecchio del lato medesimo è colpito da un poco di sordità, e prova formicolamenti alla gota: alquanta inappetenza, defecazione normale: polso piccolo, regolare. L'esame oftalmoscopico dell'occhio sinistro non iscopre alterazione alcuna notevole nel fondo di quest'organo. Dopo alquanti giorni di osservazione si formula il seguente diagnostico: *Tumore cerebrale probabile.* Questo tumore, se pure esisteva, doveva aver sede nella base del cranio, nelle vicinanze della branca oftalmica del nervo trifaciale sinistro.

La cura impiegata non procurò che momentaneo alleviamento durante il mese di Ottobre; i dolori, che non interessavano che la fronte, si diffusero a tutta la metà corrispondente della faccia, indi la parola cominciò a divenir meno netta.

Al principio di Dicembre l'infermo abbandonò l'ospitale per rientrarvi dopo due mesi. Ecco quanto si osserva il 4 Febbraio 1865: l'intelligenza è perfettamente normale; la sensibilità e la motilità sono conservate nelle quattro membra, le quali non offrono contrattura alcuna.

Il dolori, che si erano fatti sì crudelmente sentire in tutto il lato sinistro della faccia, sono divenuti molto meno intensi; ma in tutte queste parti la sensibilità è notevolmente diminuita. I muscoli della faccia sono contratti a sinistra e sembrano leggermente paralizzati a destra. Da questa parte, invero la gota è cascante, e la commessura labiale alquanto abbassata. Le palpebre di ambo gli occhi cadono a metà, e non possono che venir rialzate incompletamente dietro contrazioni volontarie. La pupilla è più dilatata a destra che a sinistra: la lingua e l'ugola sono alquanto deviate a destra. La loquela è siffattamente modificata, che riesce quasi impossibile all'infermo il farsi intendere. L'udito, che da sei mesi è molto scemato a sinistra, solo da un mese lo è pure dal lato opposto.

La malattia adunque aveva fatti progressi considerevoli, ed era permesso il credere. che la cagione di tutti questi disordini esercitava la sua azione sopra tutte le branche del nervo trifaciale, e forse su parecchi altri nervi del cranio.

9 Febbraio. — L'infermo che si è grado grado indebolito, cade nella sonnolenza; il polso è accelerato.

11 Febbraio. — Morte nel coma.

Autopsia. — Si prova una certa difficoltà a separare il cervello dalla base del cranio. Ottenuto ciò, riscontrasi una massa della grossezza di una noce, di un colore grigio-violaceo, posta al disotto del lobo sfenoidale, ma che non presenta aderenza alcuna col lobo medesimo, che a questo livello è rammollito.

Questa massa è per contro aderentissima alla fossa sfenoidale corrispondente, e tanto che asportando il cervello la si divide in due porzioni, l'una che aderisce alla base del cranio, e l'altra, più piccola, che è appesa al trigemello, vicino alla sua origine sulla protuberanza. La parte intermedia a queste due porzioni è rammollita.

Il tumore pareva avesse qualche prolungamento sulle meningi, che tapezzano la superficie basilare, e fino sulla parte la più interna della fossa sfenoidale del lato destro.

Da un taglio del tumore, sottoposto al microscopio, vedesi che è ricco di vasi. Esso è essenzialmente formato di cellule in massima parte rotonde: alcune sono fusiformi, grassose, a nuclei semplici e multipli, e che hanno sede in modo speciale attorno ai vasi. La sostanza intercellulare è granulosa in certe località, fibrillare in altre, abbondante dappertutto.

Questo esame microscopico, fatto dal Vinay interno di servizio, e che ha redatta l'osservazione, fu confermato da Leone Tripier. Trattavasi adunque di un sarcoma, avente con probabilità il suo punto di partenza nell'aracnoide.

Il diagnostico dei tumori cerebrali è per ordinario oscuro, ed è raro che possa venire stabilito in modo preciso. Nel nostro caso la persistenza della cefalalgia, sintoma indicato dal Niemeyer come il più costante e continuo di tutti, la sede di questo dolore, l'assenza del delirio e di turbamenti delle funzioni intellettuali, inducevano a considerare come probabile l'esistenza di un tumore di una natura indeterminata. Inoltre l'andamento dei sintomi, e la progressiva invasione di tutti i punti, che ricevono rami dal nervo trifaciale sinistro, facevano pensare che, se un tumore esisteva, doveva aver sua sede su un punto del tragitto intracraniense di questo nervo, e forse in vicinanza della sua origine. L'autopsia confermò queste presunzioni. Quanto alle diverse lesioni della vista, dell'udito, della fonazione e della motilità, che furono osservate nel corso di questa malattia, ed in ispecie negli ultimi tempi, debbono essere attribuite tanto alle numerose anastomosi del nervo del quinto paio con parecchi altri nervi del cranio, quanto ai turbamenti della circolazione provocati alla base del cervello dalla presenza del tumore.

La natura di questa neoformazione non poteva

Digitized by Google

essere in modo preciso determinata. Frattanto il non trovarsi tubercoli negli altri organi faceva credere che non fosse di origine tubercolare.

La durata della malattia (circa otto mesi e mezzo) fa testimonianza di un lento sviluppo del tumore. I fenomeni ultimi furono quali si osservano d'ordinario in malattie di siffatta natura.

Bottini Enrico. — *Fistola vescico-utero-vaginale completamente riparata con sutura metallica.* (Annotazioni cliniche di Patologia chirurgica e medicina operatoria). — Annali Universali di Medicina, Aprile 1869.

Il Cav. Bottini dopo aver parlato sul metodo di cura incruenta, proposto dal Prof. Giordano, per le fistole vescico-vaginali, che consiste, nel far tenere all'ammalata, con diversi ordegni la posizione carpone per circa quaranta giorni, onde ottenere che lo scolo delle urine non si faccia attraverso al condotto fistoloso, fa la storia di una sua operata.

Trattavasi di una donna dell'età d'anni 31, che soffriva di quest'incomodo da sette mesi: era accaduta la malattia per un travaglio di parto laborioso da sproporzione tra i diametri smisurati del capo del feto e quelli del bacino, che necessitò l'applicazione del forcipe. La fistola era trovata al disopra del meato uretrale interno, e si estendeva sino al collo uterino, anzi la perdita di sostanza comprendeva una parte del labbro anteriore di questo; era lunga trentaquattro millimetri e larga nel maggior diametro quattordici.

Dopo alcuni giorni di decubito nell'ospedale, nel qual tempo accadde la normale menstruazione, fu deciso di procedere all'atto operatorio. Collocata la donna carponi fu fatta la cruentazione dei margini della fistola sulla parete vescicale, e la porzione di collo uterino fu incisa con un colpo di forbici, passando con una lama di esse attraverso il condotto fistoloso. Perchè le superficie cruentate potessero essere condotte ad immediato contatto all'angolo superiore, si esportarono due lembi di tessuto a lettera V. L'emorragia non fu molta, e dopo alcuni minuti di riposo si passò al secondo tempo: servendosi d'un ago tubulato ed angolare, fu messo un punto di sutura metallica al centro del labbro uterino, ed alla distanza di un centimetro l'uno dall'altro, altri cinque, seguendo il margine vaginale. Strette le anse coi tubetti del Galli, le superficie venivano a combaciare esattamente, in modo che iniettatasi una buona porzione d'acqua in vescica, non ne usciva stilla dalla piaga così unita.

Le giornate successive all'operazione passarono bene e senza febbre. Fu posta la sonda di Sims. Dopo dieci giorni fu fatta la prima ispezione. La ferita chiusa ed adesa in alto, suppurava in basso per poca estensione e superficialmente. Furono tolti i primi due punti in alto, e altri due nel quindicesimo giorno. La riunione si compiè facilmente e solidamente. La sciringa venne tolta per poche ore in prima, poi per tutta la giornata, e in ultimo fu introdotta solo durante la notte.

L'ammalata abbandonava l'ospedale perfettamente guarita dopo due mesi circa di soggiorno in questo. Dopo sei mesi circa il Bottini rivide la donna incinta e già nel quarto mese, che non accusava alcuna molestia da parte della vescica.

Notizie terapeutiche. — Berlin. klin. Wochenschr. N. 11, 1869.

Sul trattamento della scarlattina. — La Lancet del 27 Febbraio 1869 contiene una breve memoria di Charles Thompson: Egli loda l'uso del bagno caldo, seguito da fregagioni secche, nella febbre scarlattina. Questo trattamento favorisce la localizzazione della malattia sulla cute, l'allontana conseguentemente dagli organi interni, modera la febbre, e finalmente rende difficile l'infezione. L'autore assicura di avere adoprato questo metodo già da 15 anni, e di non averci perduto alcun malato.

Acido carbolico contro le febbri intermittenti. — Il Dott. Barraut, ispettore sanitario nell'isola Maurizio, in più di 20 casi di febbre intermittente con tumore di milza somministrò per uso interno l'acido fenico, tre volte al giorno 0,06 grammi in 30 di acqua con alquanto di acquavite. In ogni caso il successo fu completo, cessarono i parossismi, e le recidive furono più rare che negli ammalati curati col chinino. Il tipo della febbre ora era stato quotidiano, ora terzanario e quartanario.

L'*acido carbolico*, come prima da altri autori, fu ora raccomandato anche da Coleman (The Lancet Febbraio 1869) contro le *malattie cutanee;* egli ha convalidata tale raccomandazione con alcuni esempi di *eczema* e d'*impetigine* guariti con questo rimedio. Coleman adopra una miscela di glicerina ed acqua, a cui aggiunge una tenue quantità di acido fenico, circa 1 grammo e più su 240.

Brown-Séquard. — *Lesioni dei corpi restiformi.* — Lyon médical, N. 8, 1869.

L'autore comunica all'Accademia di Parigi due fatti interessanti, che egli ha osservati nei porcellini d'India dietro lesione dei corpi restiformi,

Digitized by Google

Dapprima avvengono emorragie, la cui sede costante è sotto la pelle dell'orecchio. Queste emorragie non furono mai segnalate. Le sole emorragie, che sonosi osservate nelle lesioni del sistema nervoso, sono quelle dei reni nelle malattie del midollo spinale, e quelle del tubo intestinale nelle lesioni del cervello. Altro fatto di non minor conto, e che risulta da siffatta lesione, si è il prodursi di una cangrena dell'orecchio; essa è una cangrena secca, e non ha altra cagione che l'offesa dei corpi restiformi; e quando pure la lesione non fu prodotta che da un sol lato, la cangrena manifestasi sopra ambidue le orecchie, ma molto più dalla parte opposta.

La porzione del corpo restiforme, che Brown-Sequard taglia od irrita per produrre queste due lesioni, trovasi al livello del becco del *calamus scriptorius*. Basta tagliare od irritare un ben piccolo numero di fibre di questa regione per generare la cangrena secca, e gli spandimenti sanguigni.

Langenbeck. — *Iniezioni ipodermiche di ergotina negli aneurismi.* — Berl. klin. Wochenschrift, N. 13, 1869.

Il Professor Langenbeck nella seduta del 17 Febbraio 1869 della Società medica di Berlino, parlò sopra l'uso delle iniezioni ipodermiche di ergotina negli aneurismi: espresse il desiderio che fosse esperimentato ulteriormente questo rimedio da lui usato per primo, giacchè con esso può almeno impedirsi l'accrescimento del sacco aneurismatico. Disse di essere stato eccitato all'uso di questo farmaco dall'osservazione, che la segala cornuta produce la contrazione delle fibre muscolari organiche, come è generalmente noto in ostetricia. Il malato, in cui il Professor Langenbeck ottenne un felice successo, fu un uomo di 45 anni, con aneurisma dell'arteria succlavia destra e dell'anonima. Per l'iniezione adoprò la soluzione seguente:

Extract. secal. acquos. 2,5
Spirt. vin. rectif. —
Glycerin. *ana* 7,5

La iniettò sempre fra la pelle ed il sacco aneurismatico, in modo da introdurre 0,03 a 0,18 grammi di ergotina per ogni iniezione.

Waldemburg. — *Un caso di croup cronico dei bronchi.* — Berlin. klin. Wochenschrift, N. 10, 1869.

Il caso concerne una bambina di 8 ½ anni, che almeno da 4 anni soffriva di croup cronico dei bronchi, come lo attestano le molte pseudo-membrane, che sono state espettorate quasi continuamente dall'inferma. Fu sottoposta alla cura di siero di latte, ed alle inalazioni con acqua di calce, ridotta in forma di nebbia col polverizzatore dei liquidi. L'effetto di questo trattamento fu pronto, ed ora sono circa 7 mesi, che la malata è completamente guarita. Per lo innanzi era riuscita inutile ogni cura, e solo una volta il ioduro di potassio aveva prodotto un leggiero miglioramento.

È da notare che la bambina era affetta contemporaneamente da impetigine del capo, e che questa crebbe in intensità dopo la guarigione della bronchite cruposa.

Brown-Sequard. — *L'epilessia provocata.* — Lyon médical N. 8, 1869.

L'autore presenta all'Accademia due polli d'India, cui da cinque settimane ha praticato il taglio del nervo ischiatico, e nei quali provoca a piacimento convulsioni epiletiformi, pungendo una porzione della pelle della faccia, cui egli dà il nome di *zona epileptogena*. Qualunque irritazione fatta sopra altri punti situati all'infuori della zona predetta non genera l'epilessia. È degno di rimarco, che l'irritazione della gota epileptogena deve essere praticata dal lato corrispondente al membro offeso. Queste esperienze sono fatte in presenza dell'Accademia istessa.

ONORIFICENZE

Il Prof. **Gian Battista Fabbri** è stato aggregato come membro straniero alla Società Ostetrica di Berlino pei suoi importanti lavori ostetrici.

Al Prof. **Gian Battista Ercolani** è stato conferito il premio di Anatomia Godard, consistente in una medaglia d'oro del valore di L. 1000, per la sua memoria intitolata: *Sulle glandule otricolari dell'utero, e dell'organo glandulare di nuova formazione, che si sviluppa nell'utero durante la gravidanza nelle femmine degli animali e dell'umana specie*

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 7. BOLOGNA 31 Luglio 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale)

MEMORIA

DEL

Dott. ERCOLE GALVAGNI

(Continuazione, vedi il N. 6).

Osserv. 3.ª — *Peritonite siero-fibrinosa; pleurite sinistra; guarigione* (1).

Maria Giacchè di Serravalle di Chienti, di anni 22, nacque da genitori sani, è di complessione abbastanza robusta, ed è dedita ai lavori campestri. Fu mestruata di 17 anni, ma le purghe mensili furono quasi sempre irregolari e scarse. Nel suo 21.° anno soffrì per una pleurite sinistra, che trascorse quasi senza febbre, ma che però gettò la malata in uno stato di profonda oligoemia, da cui non si riebbe se non molto tempo dopo, e mercè una cura ricostituente ben lunga subita in questa stessa Clinica di Camerino. Intanto la pleurite guariva. — Da questo tempo in poi le mestruazioni sono state sempre precedute ed accompagnate da dolori più o meno intensi.

Circa la fine di Dicembre dell'anno decorso, senza che l'inferma ne sappia accennare la causa, cominciò a soffrire per un dolore all'epigastrio, senza anoressia nè dispepsia, e che non si esacerbava dopo il pasto, ma soltanto nei varî movimenti del tronco: tale dolore si mantenne quasi inalterato sino al *principio del Marzo* 1869, in cui colta un giorno da improvvisa pioggia, dopo che ebbe fatto ritorno alla propria casa, fu presa da un violento brivido febbrile della durata di circa due ore, che fu susseguito da moderato calore, e da sudore discreto. Nei 10 giorni susseguenti, senza che la malata provasse alcuna sensazione subbiettiva di freddo o di calore, nella mattina, quando si svegliava dal sonno lungo e tranquillo, si ritrovava tutto il corpo bagnato per copioso sudore. Da questo tempo cominciò ad avvertire tumefazione all'addome, e forti dolori di ventre, che si esacerbavano per la più piccola pressione, e che le impedivano di dormire nella notte. Contemporaneamente l'inferma veniva assalita da intensi brividi della durata di quattro ore susseguiti da moderato calore e senza sudore, che si ripeterono regolarmente ogni due giorni all'istessa ora per circa due settimane. Il ventre intanto si tumefaceva sempre di più; sopravvenne anche affanno di respiro, nausea e qualche volta anche vomito; la quantità dell'orina emessa giornalmente era scarsa; le deiezioni alvine, che si effettuavano 2-3 volte al giorno, erano di materie poltacee. Il medico curante prescrisse applicazioni fredde all'addome, che furono fatte una sola volta, senza alcun giovamento. — Cessati gli accessi di febbre, diminuirono di molto i dolori, e cessarono i vomiti; rimaneva però l'affanno di respiro e la tumefazione del ventre, per cui la malata chiese di nuovo di esser ricevuta nella clinica del Prof. Federici di Camerino, dove fu ammessa il 18 *Aprile* 1849.

Aspetto buono, nutrizione discreta, le gote e le labbra tinte di rosso; lingua molle, con leggiero intonaco biancastro. Torace fisiologico e solo alquanto più rilevato nella regione mammaria destra; fosse sopra e sotto-clavicolari eguali; tipo misto di respirazione; nella respirazione naturale il torace destro si solleva molto più del sinistro, a respirazione forzata tale differenza è appena apprezzabile, giacchè il tipo di respirazione diventa addominale. Osservando la malata seduta, tutto il torace sinistro apparisce più compresso. È notabile una oscillazione delle parti molli in corrispondenza del 3.° spazio intercostale sinistro nella linea parasternale, sotto cui si sente solo una debole pulsazione sistolica nell'atto espiratorio. L'impulso del cuore non si avverte nè sul luogo solito, nè sulle parti circostanti. — La risuonanza alla percussione è eguale e normale nelle fosse sopra e sotto-clavicolari. Il limite inferiore del polmone nella linea emiclavicolare destra è alla 4.ª costola, dall'altro lato sulla 5.ª. Sul dorso la risuonanza è eguale sin sotto l'angolo della scapola, dove diventa ottusa a si-

(1) Caso osservato nella clinica del Prof. Cesare Federici a Camerino, e raccolto dal suo assistente dottor Clodomiro Bonfigli.

Digitized by Google

nistra: la linea di ottusità è quasi orizzontale. Al di sotto di questa è abolito il fremito pettorale. — L'area cardiaca di grandezza normale. Il fegato col suo margine inferiore non arriva all'arco costale. Il volume della milza è pure normale. — La respirazione ha carattere vescicolare, ed è più debole a sinistra che a destra; posteriormente a sinistra è anche più ruvida, ed è abolita nel punto dove si trova l'ottusità; facendo parlare la malata si ode qui un mormorio confuso. — I tuoni del cuore netti, il secondo sulla polmonare rinforzato.

Il ventre è voluminoso, di figura globosa, sparso di macchie pigmentarie (vescicanti); cicatrice ombellicale appianata, e stirata a destra della linea mediana; linea xifo-pubica piana nella parte superiore; le escursioni delle pareti addominali sono uniformi e graduali; il quadrante inferiore destro è un poco più tumido degli altri; il ventre apparisce ai lati un poco cascante; gli archi costali non sono rilevati. Un centimetro sotto all'ombellico il ventre misura in circonferenza centim. 82, la linea xifo-ombellicale è lunga centim. 15. — Al palpamento grossolano non si suscita dolore, e si avverte solo un poco più di resistenza nella parte inferiore destra. Col palpamento metodico non si avverte altra anomalia, che l'accrescimento della resistenza in una zona compresa fra l'ombellico e quattro dita trasverse sotto di esso, procedendo dalla linea mediana verso destra; questa resistenza scema del tutto alla regione inguinale destra. Tutto intorno all'ombellico si risveglia un dolore oscuro premendo con sufficiente gagliardia. Nella cavità del ventre non si avverte fluttuazione a posizione supina; ma facendo volgere la malata sul fianco, la fluttuazione diventa sensibile, e la parte inferiore del ventre, dal lato verso cui è volta l'inferma, si tumefà rapidamente. — La risuonanza alla percussione, a posizione orizzontale, comincia a diventare oscura un dito trasverso sotto all'ombellico; da questo punto in basso si trova, irregolarmente e con variazione da un momento all'altro, dove risuonanza timpanitica vuota, e dove oscura: imprimendo piccole scosse alle pareti del ventre, la risuonanza spessissimo muta di chiarezza e di timbro. Variando la posizione della malata, l'ottusità si riscontra sempre nella parte più declive.

19 *Aprile, sera.* — Temp. 38, 2; puls. 87; resp. 31.

20 *Aprile.* — I dolori sono scomparsi; la malata dice di star bene; appetito mediocre; orine circa grammi 150, molto acide, senza traccia di albume.

Temp. 38,6; puls. 92; resp. 36.

Ordinazione: Scilla e bicarbonato di potassa.

21 *Aprile, mattina.* — Temp. 37.

Sera. — Temp. 39; puls. 95; resp. 40.

Orina nella stessa quantità; una evacuazione di materie prosciolte; respiro affannoso; la malata dice di sentirsi male.

22 *Aprile, mattina.* — Orine 300 grammi, torbide; un'evacuazione di materie prosciolte. La malata dice di star meglio.

Sera. — Temp. 38, 2; puls. 75; resp. 32.

23 *Aprile, mattina.* — Temp. 37, 2.

Sera. — Temp. 38, 9; puls. 97; resp. 40.

Orina come sopra; fecci prosciolte. — Ordinazione: Solfato di chinina, carbonato di ferro e scilla.

24 *Aprile, sera.* — Temp. 38.

Orine alquanto più abbondanti. — Applicazioni fredde al ventre.

25 *Aprile, mattina.* — Orina 500 grammi. Leggiero sudore.

Sera. — Temp. 38, 4; puls. 102; resp. 41.

26 *Aprile.* — Il volume del ventre è aumentato, e l'ottusità alla percussione arriva un dito trasverso al disopra dell'ombellico.

28 *Aprile.* — Il volume del ventre, un dito sotto all'ombellico, misura in circonferenza 84 centim. — Ordinazione: 30 grammi al giorno di succo di limone (come diuretico secondo Frerichs), e 50 centigr. di solfato di chinina divisi in due carte.

Orine ancora scarse, del peso specifico di 1032.

Sino al 15 *Maggio* lo stato generale della inferma fu quasi identico; sono continuate le evacuazioni di fecci prosciolte; le orine sono state sempre più o meno scarse; la temperatura nella mattina a 37°, nella sera, ha sempre oscillato fra 38° e 39°, ed anzi una sera in cui la malata si era alzata di letto nella giornata (9 *Maggio*), la temperatura giunse quasi a 40°. — L'uso del succo di limone, continuato sino al 6 *Maggio*, non ha recato alcun vantaggio; neppure sono state utili le applicazioni fredde. É stato prescritto l'acetato di potassa nel decotto di gramigna: si sono fatte per alcuni giorni frizioni mercuriali al ventre, che presto però furono dovute sospendere, essendosi manifestati segni di stomatite. — I polsi sono più irregolari nell'apiressia che durante l'acme della temperatura. — Dal giorno 15 in poi le orine hanno cominciato a fluire più abbondanti.

17 *Maggio.* — Il ventre si è molto appianato, è molle, ed in nessun punto si avverte la presenza di tumori; il fegato non sporge sotto l'arco costale; la risonanza al disopra dell'ombellico è timpanico-chiara, e al disotto è come velata. — La risuonanza al dorso nella parte sinistra è come velata sino all'angolo della scapola; da questo punto in basso è oscura; il fremito pettorale, dove trovasi l'ottusità, è un po' più distinto di prima. — Seguitano le deiezioni alvine prosciolte; da qualche giorno la malata suda copiosamente nella notte. Orina circa 1000 grammi.

Ordinazione: Si continua il decotto di gramigna con l'acetato di potassa, ed il solfato di chinina.

20 *Maggio, mattina.* — Temp. 37.

Sera. — Temp. 38, 1; puls. 84; resp. 28.

21 *Maggio, mattina.* — Temp. 37.

Sera. — Temp. 37, 9; puls. 80; resp. 30.

Digitized by Google

22 *Maggio*, *mattina*. — Temp. 37.
Sera. — Temp. 37,4.
23 *Maggio*, *mattina*. — Temp. 37.
Sera. — Temp. 37,5.

La risuonanza è timpanitica chiara quasi su tutto il ventre. Anche sul lato sinistro del torace e posteriormente la risuonanza si è fatta più chiara e più piena. La malata si alza di letto, e sta in piedi parecchie ore del giorno, senza che ciò le arrechi fastidio.

25 *Maggio*. — Continua il miglioramento: solo adesso che è quasi scomparso il versamento, la malata dice di sentirsi il ventre come indolenza, e la palpazione risveglia un leggiero dolore.

21 *Giugno*. — Non esiste più traccia del versamento nè entro il sacco peritoneale, nè entro la pleura sinistra; l'inferma sta però ancora all'ospedale per un catarro bronchiale acquistato nella convalescenza. Esaminando il ventre si sente colla palpazione una tumidezza, che occupa le regioni inguinali.

Circa un anno prima l'inferma era stata a lungo travagliata da una pleurite sinistra, della quale sembra guarisse abbastanza bene. Parimenti nel corso dell'attuale malattia si hanno i dati di una pleurite sinistra. Era sempre la stessa, che non si era risolta per intero, ed ora si riacerbava; o non piuttosto erasi svolta una seconda pleurite, contemporanea alla peritonite, per una stessa causa? Quest'ultima supposizione, che forse è la vera, non può addimostrarsi coi dati clinici sopraddiscorsi, poichè gli è impossibile separare in questo caso, fra gli svariati fenomeni del principio della malattia, quelli che potrebbero indicare lo sviluppo della pleurite da quelli spettanti alla peritonite, i quali ultimi di certo dominavano nel quadro morboso. E neppure l'affanno di respiro qui ha forza di decidere la questione nel senso del contemporaneo svolgimento della pleurite, perchè esso è fenomeno comune a troppe malattie, e nella peritonite con qualche acutezza affatto costante. Comunque, intanto prendo nota del fatto, cioè della tendenza, che esisteva in questa inferma ad ammalare nelle membrane sierose, ed in due epoche abbastanza lontane fra loro.

Rispetto alla etiologia, si ha che la peritonite si sviluppò con una certa acutezza dopo l'azione di una causa reumatica; e non è a credersi che esistesse anche prima sotto forma di quel dolore, che soffrì per alcuni mesi, perchè questo tratto di tempo sarebbe stato più che sufficiente al manifestarsi dell'ascite. Se poi qui può rimanere un qualche dubbio ragionevole sull'influsso della causa reumatizzante, più avanti riporterò un altro analogo caso, in cui il rapporto di causa ad effetto è assai più difficile a contestarsi.

I sintomi di infiammazione peritoneale erano più marcati che in tutti gli altri casi descritti e da descriversi; il dolore in principio era vivissimo, e fuvvi nausea e vomito. — Il qual ultimo fenomeno, che non suole mostrarsi in questa specie di peritonite, perchè il grado di infiammazione vi è sempre lievissimo, qui invece esistette per alcuni giorni, e precisamente quando il dolore ed il processo febbrile erano al colmo.

Sul dolore avvi questo di curioso a notare, che nel principio della malattia era assai forte, poi si mitigò al presentarsi dell'essudazione sierosa, per ritornare di nuovo, sia spontaneo che al palpeggiamento, quando la raccolta sierosa venne riassorbita. Questo fatto, che si è verificato ancora in altre osservazioni, si spiega a mio parere ammettendo, che la raccolta sierosa, la quale riempie il cavo peritoneale, formi come una difesa od un cuscino attorno ai visceri contenutivi, contro cui vadano ad ottundersi gli impulsi, che possono venire dal di fuori, ad anche dai movimenti dell'individuo stesso. D'altronde ciò presso a poco osservasi ancora nella pleurite ad essudato liquido, e cioè il dolore accompagna la malattia nei suoi primordî, poi cessa quasi sempre effettuatasi la essudazione (cosa notata anche dal Niemeyer) (1), per ritornare, in grado più lieve però, dopo il riassorbimento del liquido. Il cessare del dolore, quando la pleura è più o meno riempita dal liquido, è la causa precipua per cui molti medici sogliono disconoscere la pleurite ad essudazione liquida, non essendo invitati all'esame del petto dall'esistenza del dolore. Ma rispetto al dolore che ritorna dopo il riassorbimento dell'essudato, tanto nella peritonite quanto nella pleurite, e che talora molesta assai l'infermo, massime in quest'ultima, può pure assegnarglisi per cagione il formarsi di briglie e di aderenze fra le due lamine opposte del sacco sieroso, - fatto resosi ora possibile, - ed il consecutivo rattrarsi delle medesime, con che si avrebbero stiramenti e compressioni di filetti nervosi.

Osserv. 4.ª — *Peritonite sierosa lieve; pleurite doppia; rapida guarigione.*

Pederzoli Adelaide di Casteldebole, d'anni 12, nata da sani genitori, di mestiere bracciante, con quattro sorelle e due fratelli pure sani, ed abbastanza robusti. Essa è gracile, pallida, di statura piuttosto alta e di forme regolari; non ebbe mai malattie di rilievo.

Ai primi di Settembre 1868 trovandosi lontana di casa in mezzo ai campi a raccogliere bruscoli, fu sorpresa da un temporale fortissimo, che le bagnò interamente i vestiti, e le fece provare per buon tratto di tempo una penosa impressione di freddo. Da questo punto cominciò a risentire malessere

(1) Niemeyer. Patologia e Terapia speciale ecc. Milano 1866, tomo primo, pag. 312.

Digitized by Google

generale con perdita di appetito, e poco appresso notò che il ventre si era intumidito.

Il 18 *Settembre* la visitai col medico condotto Dott. Giovanni Clò, al quale era noto che voleva studiare dei casi di ascite essenziale. Essa era alzata: allo esame fatto in letto verificammo una evidente fluttuazione ascitica, il liquido però non era molto, poichè la circonferenza dell'addome all'altezza dell'ombellico non era che di 59 centim.; il ventre non doleva nè spontaneamente nè ad una pressione moderata; fegato e milza di volume normale. — Nella parte posteriore del torace, da ambo i lati, il suono della percussione cominciava a farsi ottuso un po' sopra l'angolo della scapola, e ottuso completamente sotto di questo; il fremito pettorale era debolissimo in queste località, e debole parimenti il murmure respiratorio.

Puls. 125; resp. 28; temperatura della pelle del petto e dell'addome, a giudizio della mano, aumentata.

Furono prescritte piccole dosi di scilla e nitro.

In una seconda visita fatta il 2 *Ottobre* si seppe che l'inferma nei giorni decorsi era stata quasi sempre alzata, e spesso fuori di casa, però senza fare fatiche di nessuna specie, ed aveva avuto diuresi abbondante. Il ventre ora misurava 56 centim. di circonferenza, ed esisteva appena qualche traccia di liquido. Del resto lo stato generale era buono.

Non ho più veduto l'inferma, ma seppi dal medico curante, che in poche settimane si ristabilì completamente, e che la guarigione si è mantenuta.

In questo caso vediamo nella maniera più spiccata insorgere la malattia dopo l'azione di una causa reumatizzante, la qual cosa si è avverata, avvegnachè con minore evidenza, anche in alcun'altra delle osservazioni, e massime nella precedente.

Il decorso della peritonite è stato il più semplice e benigno che mai, e potrebbe darsi che fosse il tipico, quando l'infermo non fosse malandato da malattie pregresse o da altre cause, e la malattia strapazzata da esso o mal curata dal medico. Vero è che la nostra fanciulla in letto vi si tenne poco o punto, ma è vero altresì che stette quasi sempre in casa, e si ebbe un certo riguardo.

È notato nella storia, che dopo la presa delle polveri di scilla e nitro l'inferma ebbe diuresi abbondante, lo che coincise colla diminuzione dell'ascite. Ciò basterebbe alla maggior parte dei medici per attribuire a questi due rimedî l'onore della guarigione. Ma ammessa la possibilità della *guarigione spontanea* dell'ascite, che io confido di dimostrare in questo scritto, non potrebbe dirsi piuttosto che la diuresi si presentò copiosa, quando, cessato nel peritoneo il processo essudativo, vi succedeva un processo contrario di riassorbimento, che portava in circolo una maggior quantità di acqua, da eliminarsi dai reni? D'altronde è notoria la frequente inefficacia dei diuretici.

È degno di speciale rimarco in questo caso lo svolgersi contemporaneo dell'identico processo irritativo in tre sacchi sierosi, il peritoneo e le due pleure. Nel principio di questa memoria ho già notato, come Trousseau pure abbia fatto cenno di questa tendenza ad ammalare di più sacchi sierosi contemporaneamente, e credesse anzi di scorgervi dentro una speciale *diatesi sierosa*, e tutto ciò in ordine alla pleurite, che è uno dei suoi argomenti prediletti di studio. A me invece è occorso di far base sulla peritonite rispetto a questo gruppo di malattie di membrane sierose. Ma questo poco monta, e vuol dire che nel gruppo ora primeggierà la pleurite ed ora la peritonite a seconda di peculiari condizioni. Quello che interessa più assai si è, che, oltre questo gruppo di affezioni sierose *croniche*, se ne dovrebbe pure ammettere un altro di analoghe affezioni *acute*, avendo io in un caso, osservato nell'anno 1866 nella mia sezione dello Spedale Maggiore, veduto svolgersi una infiammazione *acuta* contemporaneamente nelle due pleure e nel peritoneo, verificata colla necroscopia, il qual caso fu pubblicato sotto il nome di *orromenite generale primitiva* dall'assistente Dott. Luigi Corazza, unitamente ad un altro osservato da lui, cui fecero seguito in una seconda memoria altri due del pari raccolti dal medesimo (1). Un caso pure di orromenite acuta lo trovo registrato in poche linee nel trattato di Habershon sulle malattie dell'addome (2), ed un altro credo di averlo veduto l'anno scorso, però non confermato dalla necroscopia, essendo stato seguito da guarigione. Dunque stando alle osservazioni contenute nelle due memorie del Corazza, ed a quelle che presento in questo lavoro, dovrebbesi ammettere una *orromenite generale acuta* (3), ed una *orromenite generale cronica*, prendendo il vocabolo *generale* non alla lettera, perchè in ogni singolo caso non sono infiammate sempre tutte le sierose.

Osserv. 5.ª — *Peritonite sierosa; pleurite sinistra; miglioramento.*

Maiani Giovanni di Bologna, d'anni 31, frutti-

---

(1) Corazza Luigi. — L'orromenite generale (oloorromenite) primitiva. — Rivista Clinica, 1867, pag. 302. — Due casi di bi-pleuro-peritonite primitiva (orromenite generale) — Rivista Clinica, 1868, pag. 172.

(2) Habershon. On diseases of the abdomen. London 1862, pag. 560.

(3) Siccome l'orromenite acuta può dar luogo ai più strani errori diagnostici, e d'altra parte i pochi casi già pubblicati dal Corazza forse non bastano a stabilire una convinzione generale, così ho in animo di ritornare sopra questo argomento, appena avrò raccolto un certo numero di nuovi fatti.

Digitized by Google

vendolo, di derivazione buona e di costituzione gracile. Bevitore; accidenti venerei primitivi, senza indizî di sifilide. A 14 anni ebbe un ascesso nella faccia posteriore dell'avambraccio sinistro al terzo superiore (forse profondo attesa l'attuale aderenza della cicatrice all'osso), che guarì dopo un mese. Tosto dopo ammalò di una risipola flemmonosa alla gamba sinistra, che lo costrinse al letto per 4 mesi. Più tardi ebbe un ascesso perineale, il quale lasciò dietro di sè una fistola, che guarì colla operazione.

Nell'*Agosto* del 1867, e, stando al suo detto, due settimane dopo avere ricevuto parecchie percosse col calcio di una pistola sul costato destro, cominciò a sentirvi dolore, e a provare angustia di respiro nel camminare, essendo preceduti alcuni accessi febbrili; pare non avesse tosse. Entrato nell'ospedale della Vita si fece diagnosi di *pleurite destra* ad essudato siero-fibrinoso, e si applicarono due vescicanti. Uscì dallo spedale un mese dopo assai migliorato.

Sul finire di *Ottobre* ritornarono senza causa nota i medesimi fenomeni, senza febbre però, e rientrò nel detto spedale, dove si prescrisse analogo trattamento, essendosi constatato il ritorno della essudazione liquida. Vi rimase 4 mesi, e ne uscì di poco migliorato, per ritornare stanco e sfiduciato delle cure al suo mestiere girovago, un po' sofferente di tratto in tratto.

Ai primi di *Giugno* 1868 vide di avere il ventre gonfio; in pari tempo esisteva lieve diarrea di materie liquide di color verdastro e senza dolori, nonchè un senso di dolentezza nell'addome a sinistra nell'atto di piegare il tronco; però l'infermo dava poca importanza a questi fenomeni. Nella notte del 25 *Giugno* fu svegliato da un vivo dolore al costato *sinistro* ed alla spalla, con cefalea e sete ardente. Il mattino seguente fu accolto nella Clinica Medica.

Entrato nello spedale si fecero unzioni col cloroforme, ed iniezioni ipodermiche di solfato di morfina.

26 *Giugno*, *sera*. — Temp. 38; puls. 108; resp. 36.

27 *Giugno*, *mattina*. — Temp. 38 $^3/_5$; puls. 90; resp. 34.

Sera. — Temp. 38; puls. 88; resp. 36.

28 *Giugno*, *mattina*. — Temp. 38 $^2/_5$; puls. 88; resp. 36.

Sera. — Temp. 38 $^1/_5$; puls. 96; resp. 29.

6 sanguisughe al luogo dolente.

29 *Giugno*, *mattina*. — Temp. 36 $^3/_5$; puls. 76; resp. 32.

Sera. — Temp. 37 $^3/_5$; puls. 84; resp. 36.

Il dolore è un po' diminuito; ha bevuto 3500 grammi di acqua, ed ha emesso grammi 500 di orina, che non contiene albume; ha avuto 3 scariche alvine, ed ha vomitato dopo il cibo, senza avere preso rimedi atti a questo scopo, e senza dolori nè prima nè dopo; il vomito si ripete nello stesso modo nel giorno appresso.

30 *Giugno*, *mattina*. — Temp. 38; puls. 84; resp. 30.

Sera. — Temp. 37; puls. 80; resp. 29.

1 *Luglio*, *mattina*. — Temp. 37; puls. 84; resp. 32.

Sera. — Temp. 37 $^1/_5$; puls. 84; resp. 32.

Il dolore al petto è quasi scomparso, all'addome è limitato all'epigastrio; il ventre tumido e resistente, e presenta distinta fluttuazione.

2 *Luglio*. — Ventre assai dolente e dappertutto; urine grammi 500, acqua bevuta grammi 1200; 9 scariche alvine pultacee.

3 *Luglio*. — Continua la diarrea con dolori di ventre e borborigmi.

7 *Luglio*. — Pelle sudante; urine grammi 1500; acqua bevuta grammi 500; l'addome all'altezza dell'ombellico misura centim. 84.

8 *Luglio*. — Ventre 82 centim.; orine più abbondanti del liquido bevuto, sempre senza albume; alcune scariche alvine; un po' di dolore attorno all'ombellico ed all'epigastro; da alcuni giorni l'appetito è ritornato.

9 *Luglio*. — Nel torace sinistro posteriormente ottusità a livello della 5.° costa nella linea paravertebrale, con mancanza del murmure respiratorio alla base e del fremito pettorale. — Unzioni mercuriali all'addome.

14 *Luglio*. — Circonferenza dell'addome 77 centimetri.

24 *Luglio*. — La stessa a 75 centim. Esiste ancora un po' di fluttuazione; nessuna dolentezza. Lieve ptialismo.

26 *Luglio*. — Una sola scarica alvina normale.

30 *Luglio*. — Il ventre misura 73 centim., ed ha forma e tensione pressochè normale; una traccia appena di liquido nelle parti laterali. Il fegato sporge appena dall'arco costale. L'ottusità della base del torace sinistro posteriormente è diminuita, e quivi è riapparso il rumore respiratorio, sebbene un po' debole. — L'infermo esce dallo spedale volontariamente, restandogli un po' di dolore puntorio sotto le profonde inspirazioni ed i colpi di tosse.

Datosi di nuovo alle sue occupazioni, gli si innasprirono le sue sofferenze di petto, e gli riapparve a tratti il dolore diffuso su tutto il ventre, senza che questo si gonfiasse in modo distinto. Di quando in quando provava dolore puntorio, ed accessi di dispnea dopo la tosse, vampe di caldo alla faccia, deliquî, e febbre mattutina, per cui rientrò nello Spedale Maggiore, dove gli venne applicato un vescicante all'epigastro, e fatte delle pennellature di tintura di iodio su tutto l'addome.

Uscitone dopo pochi giorni fu accolto di nuovo in Clinica (18 *Ottobre* 1868).

All'esame fisico del torace sinistro posteriormente si trovano presso a poco gli stessi fenomeni riscontrati dianzi; la percussione alla base è dolorosa. Inoltre avvi ottusità all'apice del pul-

Digitized by Google

mone destro tanto davanti che di dietro; all'ascoltazione respiro indistinto sotto la clavicola destra, respiro interrotto sotto la clavicola sinistra, numero delle respirazioni maggiore del normale. — Il ventre, di forma normale, misura centim. 72, senza traccia di fluttuazione: la resistenza è aumentata, il dolore è diffuso a tutta la superficie, estendentesi al torace e spalla sinistra, ed esacerbantesi alla pressione, collo sbadiglio e collo starnuto. — Tosse poca, a parossismi, e con poco escreato sieromucoso, discretamente areato, con chiazzette verdognole; bruciore e difficoltà nell'emettere le orine; non febbre; appetito buono; evacuazioni alvine scarse, precedute da borborigmi; orine in maggior quantità del liquido bevuto.

22 *Ottobre.* — Olio di fegato di merluzzo e vescicanti ai lati dell'addome, più tardi pennellature con tintura di iodio, e da ultimo semicupî per la durata di oltre un mese.

L'infermo comincia ad alzarzi il 25 *Ottobre*, ma non può camminar ritto della persona, atteso i dolori al ventre ed al torace che si esacerbano; questi però vanno mano mano mitigandosi, e solo si presentano con borborigmi prima delle defecazioni.

Il miglioramento continua durante il mese di *Novembre*, talchè l'infermo può uscire il 20 in discreta salute, senza molestie di dolori, solo restandogli gli avanzi dell'essudato pleuritico sinistro, nonchè una qualche ottusità all'apice del polmone destro, essendosi reso però il respiro un po' più distinto. Le funzioni alvine sono regolari (1).

Anzi tutto dovrebbesi stabilire, se quella pleurite destra, che ebbe circa 10 mesi prima di entrare in Clinica, era realmente originata dal trauma, ovvero se questo non fosse che una di quelle spiegazioni, che i malati si compiacciono di assegnare alle loro malattie. La pleurite traumatica è rara assai, e dall'altro canto l'andamento della malattia, come risulta da informazioni prese, sarebbe stato quello della comune pleurite ad essudazione liquida; poi abbiamo lo svolgersi contemporaneo della peritonite e della pleurite sinistra, avvenuto alcuni mesi dopo, che parebbe concatenato colla primitiva pleurite destra, e perciò da riferirsi ad una medesima causa. Ma può pure ragionevolmente ammettersi in tesi generale, che esistendo una disposizione nell'individuo ad ammalare nelle membrane sierose, essa si possa tradurre nella infiammazione dell'una o dell'altra di quelle, tanto contemporaneamente quanto successivamente, per svariate cause, ed anche leggiere, però più comunemente per le cause reumatizzanti; per cui non può qui escludersi con certezza l'influenza del trauma.

Ad ogni modo qui abbiamo un esempio analogo a quello di Trousseau (1), cioè che nello svolgersi successivo delle varie affezioni delle sierose la pleurite fu quella che formò il primo anello della catena, perchè sulla pleura destra per prima agì una causa. Data poi la disposizione dell'individuo a contrarre queste malattie, a determinarne la localizzione in un punto piuttosto che in un altro, oltre le cause determinanti, debbono influirvi come cause predisponenti il sesso e fors'anco l'età. Infatti nella donna osserviamo primeggiare la peritonite, tanto in ordine all'epoca dello svolgimento della malattia quanto alla gravità del processo, forse per una non ancora definita influenza dell'apparato generativo, giocando la pleurite una parte secondaria; lo stesso dicasi dell'età infantile, e ciò senza dubbio per la speciale disposizione dei bambini a contrarre malattie addominali. Al contrario nell'uomo adulto la pleurite parrebbe primeggiare tanto pel tempo che per la gravezza (2).

In questo caso appunto avvenne così, e, quando fu dimesso della Clinica, della pleurite sinistra rimanevano traccie più distinte che della peritonite, e di più i segni di infiltrazione caseosa dell'apice del polmone destro. Così presso a poco qui troviamo confermate le idee del Trousseau, esposte con tanta evidenza clinica, sull'andamento della pleurite, che egli formula con queste parole: «Nei casi di spandimenti pleuritici persistenti la flussione costante verso gli organi toracici è suscettibile di provocare lo sviluppo di tubercoli negli individui che vi sono predisposti (3).» Infatti egli ammette che la pleurite sia dapprincipio semplice, consecutiva la tubercolosi, dottrina che armonizza colle più recenti vedute sullo sviluppo della tubercolosi.

La peritonite in quest'infermo terminò sicuramente con aderenze estese di varî punti della superficie peritoneale, con imbrigliamenti degli intestini; donde in un certo periodo della malattia i dolori all'addome e i borborigmi, che precedevano le scarse scariche alvine, e la difficoltà di camminare ritto colla persona. Questo modo di terminare delle peritonite in aderenze costituisce anche un altro punto di analogia colla pleurite ad essudazione liquida.

Osserv. 6.ª — *Peritonite siero-fibrinosa; poi pleurite destra; miglioramento.*

Lorenzini Maria di S. Rufillo, d'anni 5, scolara, di buona derivazione. Fino al Luglio del 1867 go-

(1) Informazioni prese sul conto del Maiani mi assicurano, che esso ora gode di salute abbastanza buona.

(1) Vedi il fascicolo precedente a pag. 163.

(2) Alcuni mesi fa ho visitato un robusto contadino di Anzola, gravemente infermo di pleurite sinistra ad essudazione liquida copiosa, nel quale potei dimostrare inoltre una leggiera raccolta ascitica, con dolentezza all'addome. Ora egli si è ristabilito perfettamente in salute.

(3) loco citato, pag. 655.

Digitized by Google

dette ottima salute; in quest'epoca fu presa da febbri, che venivano con freddo e sudore, congiunte a perdita di appetito, ad emissione di ascaridi lombricoidi colle fecce, e a dolori all'addome, curate col chinino. Ai primi di *Agosto* si alzò, ed andava alla scuola, ma era debole, pallida e di cattivo umore; in seguito lamentavasi di dolori verso l'arco costale sinistro e a tutto l'addome, senza avere diarrea. Al finire del *Gennaio* 1868 la madre si accorse che il ventre della fanciulla ingrossava, e sì rapidamente, che al 7 *Febbraio* 1868 (giorno dell'ammissione in Clinica) il ventre, assai teso, misurava 69 centimetri a tre dita sopra l'ombellico, la cicatrice ombellicale era quasi appianata, ingrossate le vene sotto-cutanee in alto, scomparsi i solchi sotto gli archi costali; dolori puntori ai due quadranti superiori; manifesta fluttuazione del ventre. Stitichezza da due giorni; anoressia, lingua sporca, poca sete, orine scarsissime, senza sedimento e senza albume.

7 *Febbraio, sera.* — Temp. 37 3/5; puls. 96; resp. 40.

8 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 99; resp. 35.

Sera. — Temp. 39; puls. 115; resp. 37.

9 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 38; puls. 113; resp. 52.

Sera. — Temp. 38 3/5; puls. 110; resp. 39.

10 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 105; resp. 37.

Sera. — Temp. 38; puls. 120; resp. 42.

11 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 100; resp. 36.

Sera. — Temp. 38 3/5; puls. 130; resp. 40.

12 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 102; resp. 38.

Sera. — Temp. 37 2/5; puls. 126; resp. 48.

13 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 98; resp. 36.

Sera. — Temp. 37 4/5; puls. 128; resp. 40.

Nei primi giorni di degenza (7, 8, 9, 10) accusa i soliti dolori, ma più in basso; una scarica alvina ogni giorno, semisolida; orina in quantità minore del liquido bevuto; l'appetito ritorna. — Nei giorni successivi 11, 12, 13 non ha accusato dolori al ventre; le evacuazioni alvine furono più abbondanti; orine scarse; appetito discreto.

14 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 104; resp. 38. — Il ventre ora misura 72 centim.

Sera. — Temp. 38 1/2; puls. 137; resp. 44.

15 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 106; resp. 38.

Sera. — Temp. 37 4/5; puls. 138; resp. 42.

16 *Febbraio*, *mattina.* — Temp. 37; puls. 104; resp. 39.

Sera. — Temp. 39; puls. 142; resp. 40.

Nella sera del 17 è notato 38 di temperatura, e nei giorni seguenti *apiressia.*

23 *Febbraio.* — Gli stessi fenomeni; misura del ventre centim. 63, che è meno teso; orine un po' più abbondanti. — Pennellature sul ventre con tintura di iodio.

1 *Marzo.* — Misura del ventre 60 centim.; sono visibili gli archi costali; vene sotto-cutanee meno visibili.

3 *Marzo.* — Orine e deiezioni alvine molto abbondanti. Da alcuni giorni sono tumefatte le glandule del collo, ma specialmente una dal lato sinistro; avvi leggera ottusità nella fossa sotto-clavicolare sinistra, ed alla ascoltazione respirazione aspra, che si verifica anche a destra; tosse secca. Il ventre è affatto indolente alla palpazione.

Da questo punto si ha una lieve esacerbazione di molti fenomeni: la temperatura si innalza alla sera talvolta di un grado; le orine si fanno di nuovo scarse; il ventre si gonfia, arrivando anche a 63 centimetri, e vi si sentono varie nodosità; la tosse si fa più forte, con escreato scorrevole, talfiata con qualche striatura sanguigna; all'ascoltazione si sentono di quando in quando dei rantoli; l'appetito diminuisce.

21 *Marzo.* — Non è più percettibile la fluttuazione; l'addome misura 58 centim., e vi si sentono sempre le dette nodosità, massime nei quadranti inferiori; gli altri fenomeni persistono; i sudori si fanno mano mano più copiosi.

Dal 23 *Marzo* fino alla fine del mese è presa ogni giorno circa al mezzodì da un accesso febbrile con brivido e forte innalzamento di temperatura e sudore, pel quale si amministra il solfato di chinina.

Nei primi giorni di *Aprile* non si presentano più distinti accessi febbrili, ma continua sempre, massime nelle ore di sera, un qualche aumento di temperatura per tutto questo mese fino ai primi di *Maggio.* La tosse si presenta in forma di accessi molto molesti, che si ripetono spesso nel giorno e nella notte. È insorto dolore puntorio alla base del torace destro, con un certo grado di ottusità posteriormente in basso. La misura del ventre è presso a poco a 56 centimetri; le scariche alvine sono giornaliere; le orine non molto abbondanti; eczema al naso. — Di quando in quando si amministra il solfato di chinina.

10 *Maggio.* — Misura del ventre 54 centimetri, che è affatto indolente. Avvi sempre un po' di aumento del calore, massime alla sera, che non oltrepassa o di pochissimo i 39 gradi. Alla percussione del torace posteriormente non si avverte più ottusità; moderati gli accessi di tosse, escreato nullo; appetito buono; scariche normali. — Si continua col chinino.

13 *Maggio.* — Si è alzata un poco, ed è stata bene; orine un po' più abbondanti; da ora in poi la temperatura alla sera non sale più che per eccezione oltre i 38.

18 *Maggio.* — Sospeso il chinino, si prescrive l'olio di merluzzo; continua ad alzarsi.

Digitized by Google

23 *Maggio.* — Esce spontaneamente dalla Clinica migliorata.

Non ho potuto avere ulteriori notizie di questa fanciulla, abitando essa alcune miglia distante da Bologna; so solo dall'Uffizio di Stato Civile, che è tuttora vivente.

La diagnosi di peritonite siero-fibrinosa, e non di semplice peritonite sierosa, fondasi come nella seconda e terza osservazione sulla esistenza di alcune durezze rilevate col palpamento dell'addome, tostochè scemò in modo considerevole o scomparve la raccolta ascitica.

Raccogliendo qui il risultato delle varie osservazioni fatte durante il mio esercizio su queste durezze nella peritonite, nonchè le altrui opinioni, trovo a notare, che esse ora sono diffuse, superficiali, più estese in larghezza che in profondità, a superficie lievemente mammellonata, di forma irregolare, a confini non bene limitabili (*empatement* dei francesi), sparse qua e colà nel ventre, ma occupanti a preferenza le regioni mediane, attorno all'ombellico, e talvolta aventi una base in basso nell'ipogastro e nelle regioni inguinali, ed un apice in alto che corre lungo la linea alba fino al di sopra dell'ombellico, come se sorgessero dalla cavità del bacino; — ora si presentano in forma di nodi profondi, irregolarmente sferici ed ovoidi, limitabili abbastanza nei loro contorni, situati in tutti i punti dell'addome, e spesso nelle regioni epicoliche.

Queste durezze o nodosità sono quasi per intero dovute alla presenza di fibrina depostasi ora superficialmente fra gli intestini e la parete addominali, ora più profondamente fra le anse intestinali; ma talora dipendono ancora da contemporaneo ingrossamento delle glandule mesenteriche, da epiploite, o da mesenterite. — Avendosi ingrossamento delle glandule mesenteriche, le nodosità sono più dure, occupano la regione ombellicale, di rado sono isolate, più spesso riunite a gruppi, e così costituiscono masse bernoccolute; di sovente coesiste ingrossamento delle glandule di altre regioni, massime di quella del collo. — La tumidezza formata dalla epiploite è unica, di media consistenza, a superficie non molto ineguale, liscia quasi, di forma oblunga col maggior diametro in direzione trasversale, facile a circoscriversi nettamente in basso ed ai lati, talvolta di forma irregolarmente rettangolare, e posta sempre al di sopra dell'ombellico, attesochè l'epiploon durante il processo infiammatorio per regola nell'ingrossarsi soffre un notevole rattraimento. — Se il tumore è costituito da mesenterite, è duro assai, unico e centrale, a superficie irregolare, ed è formato da una massa globosa, che talfiata si può colle mani spostare in toto, scorrendo per breve tratto in ogni direzione.

Tutti questi stati morbosi possono coesistere, ed anzi ciò succede regolarmente, quando la malattia è avanzata e grave. In sul principio di essa è la sola fibrina che costituisce le durezze, più tardi vi si aggiunge l'ingrossamento delle glandule mesenteriche, e fino a questo punto è possibile il ritorno alla salute, sebbene la malattia sia grave; quando finalmente sopravvengono le altre descritte alterazioni, cioè la epiploite, la mesenterite ecc., la guarigione è problematica.

Dietro le cose dette credo di essere autorizzato ad asserire, che le nodosità rilevate nel ventre di questa inferma erano costituite in principal modo da depositi di fibrina; ma ammetto pure che taluna delle glandule mesenteriche fosse intumidita, come si notò di quelle del collo.

Osserv. 7.ª — *Peritonite siero-fibrinosa; infiammazione peri-ombellicale; sintomi di meningite granulosa; morte.*

Anna Mazzetti di Anzola, contadina, d'anni 26, nubile, gracile. Padre robusto, madre morta anasarcatica; quattro sorelle ed un fratello sano; due altre sorelle, l'una morta da bambina, l'altra di 9 anni per un cancro (?) della faccia. — Non soffrì mai malattie di rilievo. Ebbe la prima mestruazione a 18 anni, che proseguì abbastanza regolare, ma non molto copiosa, e taluna volta rimpiazzata da flusso bianco.

Il primo sintoma della malattia rimonta al *Febbraio* 1868, e fu un senso di peso allo stomaco, che le rendeva uggioso il respirare profondo, non accompagnato da anoressia, la quale molestia la costrinse al letto per due o tre giorni. Di suo arbitrio, senza consultare il medico, prese per otto giorni una soluzione di bicarbonato di soda, cura che poco le giovò, ritornandole presto il senso di peso colla primitiva intensità. — Nel *Marzo* il gonfiore del ventre richiamò la sua attenzione, e in quel torno veniva scemando e scomparve affatto il dolore. Non ostante la gonfiezza del ventre lavorava sempre in campagna, e conservava l'appetito, solo doveva presto cessar di mangiare, poichè tosto sentivasi ripiena. — Nella prima metà di *Aprile*, dopo aver fatta una grande fatica, in una settimana crebbe il ventre a grande volume, e provò brividi vespertini, talchè dovette porsi in letto. Il medico le prescrisse dell'olio di riccino, che diè luogo a copiose evacuazioni alvine, scemando il volume del ventre. Il quale però crebbe di nuovo, e vennero meno le forze, di guisa che non poteva reggersi in piedi. Intanto aveva perduto affatto l'appetito; la febbre, dicesi, si fece continua per due settimane, con urine scarsissime e cariche. Il medico, che aveva verificata la esistenza di una ascite, amministrava dei drastici, poi rimedî diretti a moderare la febbre, infine parecchie sostanze diuretiche, dopo di che il ventre era diminuito ancora.

Alla metà di *Agosto* vidi l'inferma per la prima

Digitized by Google

volta. Era pallida, dimagrata, sfinita di forze, con poco appetito. Il liquido ascitico era certamente scomparso nella massima parte, perchè non esisteva fluttuazione; il ventre però era resistente e gonfio, e misurava a livello dell'ombellico centimetri 82. La palpazione, che dava dolore intenso, fece rilevare varie nodosità di grandezza maggiore e minore, da una noce ad un pugno, alcune certamente superficiali, di forma irregolare, non spostabili, a contorno non bene delimitato, però abbastanza separate fra loro; le due maggiori, più dolenti delle altre, erano situate l'una nella regione epigastrica, forse al di sotto dello stomaco, l'altra nella regione ipogastrica, di forma triangolare, avente la base entro il bacino e l'apice poco sotto l'ombellico; le minori nelle regioni laterali del ventre. — Notai attorno all'ombellico un'areola di un colore grigio brunastro, del diametro di oltre tre centimetri, che era residua ad un colorito rosso infiammatorio, il quale esisteva quando l'ascite era nella sua maggiore pienezza, e grado grado sfumando erasi ridotto senz'altro al punto in cui lo vedeva. — Nel lato destro del torace, alla metà inferiore posteriormente, e in gran parte della cavità dell'ascella, ottenevasi matità completa alla percussione, con mancanza quasi totale del murmure respiratorio e del fremito pettorale. — Per cura prescrissi frizioni di tintura di iodio sul ventre, fatte colla frequenza necessaria ad ottenere un lieve grado di irritazione della cute; la sudazione generale ogni giorno per 1 ½-2 ore, procurata coll'ungere la pelle con olio, poi involgere l'inferma in un pannolano; e finalmente, per calmare i dolori di ventre, alcune iniezioni sotto-cutanee di morfina.

Parve che si avesse qualche miglioramento da questa cura, ma v'era sempre il polso molto frequente, un certo calore cutaneo, ed una diarrea leggera sì, ma ribelle; il quale miglioramento era di tratto in tratto alternato da giorni cattivi, in cui si esacerbavano i dolori di ventre, da attribuirsi forse a gravi disordini dietetici, cui, a mia insaputa, si abbandonava l'inferma.

28 *Settembre.* — La circonferenza del ventre è ridotta a centim. 78; gli archi costali sono ricomparsi; le durezze sono diminuite; si hanno sempre tre o quattro scariche alvine giornaliere semiliquide. La ragazza sta alzata quasi l'intera giornata. Nel torace destro si ottengono sempre gli stessi segni fisici, forse appena diminuiti. — Si sospende la cura delle sudazioni.

Ai primi di *Ottobre* essendomi ricoverato in città, dovetti abbandonare ad altri la osservazione dell'inferma. Nel *Novembre* recatomi in campagna, vidi l'inferma caduta da pochi giorni in uno stato grave, con dolore violento di capo; dapprima fuvvi agitazione e delirio, poi sonnolenza e sopore. Chiamata apriva gli occhi e guardava, e pareva intendesse alcune dimande, ma non poteva rispondere; il decubito era laterale, colle membra rattratte. Quest'ultima complicazione durò circa una settimana, e la giudicai una *meningite granulosa.* Non ebbi la opportunità di eseguire la necroscopia.

Un simile esito in meningite granulosa fu osservato ancora, se il lettore ben lo ricorda, nel caso narrato da Grisolle (1), e non ha nulla di strano, perchè non è che una prevalente deposizione di tubercoli miliari nelle membrane cerebrali. Il terminare della peritonite siero-fibrinosa in deposizione di tubercoli su molti punti dell'organismo è tale fatto, che si accorda troppo colle vedute moderne sulla tubercolosi, esposte sì lucidamente da Niemeyer, perchè io debba fermarmivi sopra. Basta indicare, che esistendo grandi depositi di fibrina in una o più cavità, come peritoneo e pleura, esiste una condizione perenne, che, sotto cause che ci sono ignote, può produrre la tubercolosi miliare; e dal depositarsi in maggior copia di questi tubercoli nell'una piuttosto che nell'altra delle tre grandi cavità del corpo si hanno le varietà di esito di questa malattia, che, stando alle mie osservazioni, si possono forse ridurre a queste tre sole, alla meningite granulosa, alla tubercolosi del pulmone acuta o cronica, ed alla tubercolosi del tubo intestinale; almeno tali mi sembrano essere stati gli esiti di alcuni dei casi da me visti, nei quali però mi è mancata l'occasione di praticare le necroscopie. S'intende bene che ognuno di questi esiti non è mai puro, ma più o meno si mischiano fra loro. Riguardo all'esito in tubercolosi pulmonare io non mi riferisco a nessuno dei casi registrati in questa memoria, bensì ad una storia di peritonite tubercolare pubblicata da me in questo periodico (2), dove l'esito parve quello appunto in tubercolosi pulmonare.

Ma ciò che più rileva in questa storia si è, che l'inferma presentava essa pure il fatto interessante della *infiammazione peri-ombellicale*, sul quale chiamo l'attenzione del lettore. Eccone un breve riassunto.

Trattavasi di una ragazza d'anni 22, servente, che dopo aver abitato per qualche tempo in un luogo umido e malsano, ammalò di ascite a rapido svolgimento (circa un mese), ed entrata all'ospedale presentò ascite enorme (centim. 89 altezza dell'ombellico) per una ragazza che non aveva figliato mai, e l'ombellico rosso, caldo, dolente, elevato sopra il livello della cute, e pre-

(1) Vedi il numero precedente a pag. 162.

(2) Galvagni. — Caso di peritonite tubercolare ad essudato sieroso (idrope ascite) - rapida scomparsa del liquido mediante il metodo diaforetico. — Rivista Clinica 1867, pag. 70.

Digitized by Google

sentante all' intorno un' areola arrossata, larga centim. 3, calda pure e *dolente*. Nei giorni seguenti il rossore si estendeva ogni giorno più in forma di risipola, ed il centro, ossia l' ombellico, cominciava a farsi di color livido con tendenza alla cancrena. Collo scomparire dell'ascite scomparve pure il rossore peri-ombellicale, e l'ombellico, divenuto di color bianco turchiniccio, si avvizzì, e non dolse più.

Io a questo fenomeno, nel pubblicare il caso, non assegnai valore, nè vi chiamai sopra l'attenzione, ma mi contentai di annotarlo semplicemente. Nella Mazzetti pure fu trovato, e in circostanze quasi identiche, cioè nel colmo di sviluppo di un'ascite, e lo si è veduto dissiparsi al dissiparsi di questa; in ambidue le osservazioni scomparsa l' ascite si rilevarono nel ventre delle durezze, e seguì la morte per complicazione di tubercolosi, nell' un caso pulmonare cronica, nell' altro meningea acuta. Quindi aveva in animo di concludere, esistere una forma *non ancora descritta* di infiammazione peri-ombellicale, che accompagna l' ascite voluminosa, che scompare con essa, forse dipendente dalla forte tensione subita dalla pelle, e che sembra indicare lo sviluppo della tubercolosi peritoneale sopra una peritonite siero-fibrinosa, tale essendosi mostrato il decorso morboso nei due casi descritti. Così intendeva di offrire al pubblico medico un nuovo sintoma, e di assegnargli una certa importanza diagnostica e prognostica.

Ma debbo confessare che sono stato prevenuto in ciò dal Vallin, il quale nel fascicolo di Maggio 1869 degli *Archives générales de Médecine* pubblicava una bella memoria appositamente per illustrare questo punto (1). Egli annunzia, appoggiandosi a tre casi osservati in militari, che questa infiammazione si svolge nella ascite da *peritonite tubercolare* (2), ma l' ha vista nascere, al contrario di me, quando l'ascite era minima o nulla, ed in un caso terminare colla perforazione ombellicale, e coincidere in due casi con aderenze fra le anse intestinali, l' epiploon e la parete addominale a livello dell'ombellico, e con depositi qua e là di detrito tubercoloso e di sanie purulenta; per cui l'infiammazione peri-ombellicale non sarebbe che la diffusione di un processo più profondo, che in alcuni casi avrebbe tendenza a dar esito a prodotti infiammatori ecc. Secondo esso sarebbe caratteristica la mancanza del dolore.

Le mie due storie però non concordano pienamente colle sue, ed io ho osservato in ambedue insorgere la infiammazione perio-mbellicale, quando l' ascite, di data recente, era al massimo di volume, e quando probabilmente non si erano ancora formate le aderenze, credute necessarie dal Vallin. Di più nella ragazza, in cui potei verificare io stesso questo fenomeno in tutte le sue fasi, esisteva il dolore sul luogo infiammato, mentre alla mancanza di esso l' autore dà molto peso per separare la infiammazione peri-ombellicale dal flemmone della parete dell' addome. Queste però sono divergenze di ordine secondario, e sta sempre fermo il fatto, per primo, che io mi sappia, valutato a dovere dal Vallin (1), e da me riconfermato con queste due mie osservazioni, del presentarsi di una infiammazione peri-ombellicale in quelle peritoniti ad essudato siero-fibrinoso, la quale vanno a terminare colla deposizione di granuli tubercolari, non ammettendo io in questi casi la tubercolosi primitiva del peritoneo, come vuole il Vallin.

Osserv. 8.ª — *Peritonite sierosa; idrocele doppio; guarigione.*

Fabbri Napoleone di Garganzano, di anni 6, è nato da genitori sani. Era malaticcio e denutrito fin dall'età di un anno, e soffriva di tratto in tratto di dolori di ventre, talfiata di stitichezza. Giunto all'Agosto del 1866 cominciò a provare cardiopalmo, e i dolori di ventre gli si fecero più intensi. Alla fine del *Settembre* la borsa sinistra si fece tumida e dolente tanto spontaneamente che alla palpazione, e pochi giorni appresso si osservò pure il gonfiarsi dell'addome. L' infermo fu sottoposto a cura per qualche tempo, ma non se ne ottenne stabile guarigione; che anzi al principio del 1868 senza causa nota gonfiò pure la borsa destra, e crebbe la raccolta che preesisteva nella sinistra, non che il volume dell'addome, con aumento contemporaneo del dolore, massime al palpamento. Oltre ciò diminuzione di forze e dell' appetito, cardiopalmo, sete molta, e perdita involontaria delle urine per due o tre giorni nell' ultima settimana.

Accolto in Clinica Medica il 24 di *Marzo* 1868, si trova il ventre voluminoso per copiosa raccolta di liquido, con marcato sviluppo delle vene sottocutanee, un po' dolente e molto caldo al tatto; le due borse sono distese da liquido sieroso, ed il volume di esse scema un tantino, facendo l' in-

(1) De l'inflammation périombelicale dans la tuberculisation du péritoine. — Vedi il fascicolo precedente a pag. 180.

(2) L'autore crede che la *tubercolosi primitiva del peritoneo*, da me negata, stia a base di queste asciti, le quali non sono rare nell' ospedale militare di Val-de-Grace, dove egli esercita.

(1) Gintrac (loco citato) accenna al fatto con poche parole « Qualche volta si forma nel cellulare all' intorno dell'anello ombellicale una infiltrazione sierosa, un ascesso sottocutaneo, il quale aprendosi dà uscita al liquido effuso nel peritoneo. Può occorrere di venire in aiuto alla natura; così fece Bouchut in un fanciullo affetto da ascite, nel quale con un trequarti punse l' ombellico, estraendo un litro di sierosità ».

Digitized by Google

fermo giacere nella posizione orizzontale; milza ingrandita; frequenza di respiro maggiore, temperatura normale; stitichezza; orine scarse, di color giallo d'ambra, non contenenti albumina.

28 *Marzo.* — Pennellatura del ventre con tintura di iodio.

2 *Aprile.* — L'addome a 6 centim. sopra l'ombellico dà la misura di 63 ½ centim.

Le orine sono grammi 600; la quantità dell'acqua bevuta presso a poco eguale.

4 *Aprile.* — Misura del ventre 61 centim. Ebbe nel giorno antecedente una scarica di materie liquide di color giallognolo.

7 *Aprile.* — Misura del ventre 59 centim. Borse voluminose, più però nella posizione verticale dell'infermo, e quella di destra più che la sinistra; il testicolo destro non si distingue troppo bene; sopra di esso si sente una massa irregolare, costituita da un corpo resistente, tuberoso, irreducibile, che si prolunga in forma di un sottile cordone entro il canale inguinale.

9 *Aprile.* — Orine grammi 600; acqua bevuta grammi 300.

14 *Aprile.* — Misura del ventre 56 centim. — Da questo punto l'appetito migliora; le orine, che prima erano poche, però di caratteri pressochè normali, ora superano costantemente in copia la quantità di acqua bevuta; in seguito scema il dolore alla palpazione del ventre, non che la circolazione collaterale. L'esame fisico della cavità del ventre non rileva tumori, nè alterazioni apprezzabili degli organi contenutivi, tranne l'aumento del volume della milza, già notato. — Gli vien prescritto un decotto di ononide spinosa, e l'applicazione del collodion sullo scroto.

20 *Aprile.* — Orine grammi 600; acqua bevuta grammi 300.

22 *Aprile.* — Orine grammi 1200. — Si hanno giornalmente una o due evacuazioni alvine pultacee.

9 *Maggio.* — Resisi da alcuni giorni stazionari i fenomeni dal lato del ventre, anzi aumentando la raccolta del liquido, senza causa nota, vi si applicano due mosche di Milano. — Ritorna poscia a migliorare con lentezza, ed esce il 4 *Luglio* in uno stato soddisfacente. La raccolta ascitica non è completamente scomparsa, e premendo sull'addome si fanno gonfiare le borse.

Nell'*Agosto* dell'anno stesso si presentò l'infermo all'ambulatorio clinico, e fu dal Professore verificata la scomparsa totale del liquido dalla cavità del ventre e da quella delle vaginali, e di ogni altro fenomeno morboso; lo stato di nutrizione era eccellente.

Qui mancava è vero la febbre, a comprova dello stato irritativo della membrana peritoneale, che però è probabile avesse esistito prima che l'infermo entrasse nella Clinica; ma si aveva il dolore all'addome, ed alla applicazione della mano vi si avvertiva un manifesto aumento di temperatura. I quali fenomeni, uniti alla presenza del liquido, alla mancanza di segni di altre malattie, ed al modo di decorso, bastavano a mettere in chiaro la natura del processo, ed a stabilirne l'identità con quello dei casi precedenti.

Rispetto ai due idroceli, la più naturale spiegazione di essi parrebbe quella, che esistendo ancora la comunicazione delle vaginali colla cavità del peritoneo, il liquido ascitico, accumulatosi in questa ultima, precipitasse in quelle, e così l'addoloramento delle borse dipendesse dalla distensione provata dalle vaginali, e fors'anco dalla irritazione prodotta dal contatto del liquido sierofibrinoso venuto dalla cavità peritoneale. Ma oltrechè le vaginali dovrebbero presto avvezzarsi all'insolito stimolo, e la distensione non potrebbe essere enorme, stante la facile comunicazione fra le medesime e il peritoneo, noi troviamo nell'anamnesi una circostanza, che non si addatterebbe con questa ipotesi, ed è che lo sviluppo dei due idroceli non fu contemporaneo, ma separato da lungo tratto di tempo, lo che non si concilierebbe colla preesistenza della detta comunicazione. Così potrebbe ammettersi invece, che gli idroceli si formassero isolatamente per lo stesso processo irritativo, che aveva sede nel peritoneo, e sotto l'influsso delle medesime cause, e che la comunicazione si fosse fatta più tardi per lo sforzo distensivo esercitato dal liquido entro le vaginali (1).

In appoggio di questa opinione riferisco qui alcuni pensieri del Virchow sull'idrocele (2).

«Si annovera d'ordinario, egli scrive, l'idrocele fra le idropi; però nei soggetti anasarcatici si trova pochissimo liquido nella vaginale, anche quando l'edema dello scroto ha raggiunto un altissimo grado; e se si abbraccia con un'occhiata lo sviluppo dell'idrocele, e l'insieme dalle alterazioni, che allora sopravvengono nei tessuti, è giocoforza riconoscere, che ogniqualvolta l'idrocele acquista un certo volume, esso origina da un lavorio irritativo locale. Non si può sempre chiamarlo precisamente infiammatorio, perchè i sintomi caratteristici della infiammazione difettano spesso, ma egli è indubbiamente irritativo, o provocato da un'irritazione, e può, come tutti i

(1) La possibilità del ripristinarsi questa comunicazione è pure creduta dall'Hyrtl (Manuale di Anatomia topografica ecc., tradotto dal Dott. Francesco Roncati. Milano 1858. Tomo II., pag. 25), il quale si esprime con queste parole: «La cavità della vaginale del testicolo, nel torno dell'epoca della nascita, comunica, mediante il processo vaginale ancora aperto, colla cavità del peritoneo: dunque egli è possibil cosa, che questo canale, dopo obliterato, si riapra, a mo' di altri canali, in caso di idrocele.....»

(2) Pathologie des Tumeurs. Paris 1867. Tome I., p. 154.

Digitized by Google

processi irritativi, sotto l'influenza di un certo grado dell'irritazione, trasformarsi immediatamente in una infiammazione, di guisa che noi possiamo ammettere una *vaginalite*, una *periorchite* od una *orchite sierosa*..... Già la circostanza che la composizione del liquido differisce da quella del liquido idropico ordinario in ciò che è molto ricco in albuminati, e contiene in un gran numero di casi della fibrina, forse in tutti i casi della sostanza fibrinogena, tutto ciò avrebbe dovuto convincere gli osservatori, che l'idrocele in generale non è una idropisia semplice, ma una idropisia irritativa.»

L'aumento di volume della milza, verificato pure nella seconda osservazione, è spiegabile, unitamente al circolo collaterale che si era reso manifesto sulla cute del ventre, per l'enorme copia del liquido ascitico, la quale di certo poneva ostacolo alla circolazione venosa intra-addominale, e forse più precisamente comprimeva il fegato, - nella guisa stessa come in tali casi avviene la compressione degli intestini e perfino dei pulmoni, - donde ostacolo al circolo nel dominio della vena porta. Così non ha aspetto di stranezza l'ammettere qui un tumore di milza da stasi venosa, mentre non esistevano i segni di stasi venosa nei reni, mancando l'albumina nelle urine.

Noto poi per incidenza, che l'albumina nelle urine mancò pure in tutte quelle delle precedenti osservazioni in cui fu ricercata, per cui è a credere che l'albuminuria non entri nel novero dei sintomi usuali della peritonite sierosa e siero-fibrinosa.

Osserv. 9.ª — *Peritonite sierosa; idrocele destro; miglioramento.*

Benazzi Luigi di Calderara, d'anni 13, è unico figlio di sani e robusti contadini. A 4 anni fu colpito da una malattia, che lo tenne assopito per circa tre giorni, riavutosi dalla quale pare cominciasse ad avere di tratto in tratto, coll'intervallo di un mese od anche più, degli accessi epilettici, non però gravi. Siccome del resto godeva di buona salute, così attendeva alacremente ai lavori di campagna, ed anzi superava in forza e destrezza i suoi coetanei.

Nel mese di *Luglio* 1868 avvertì una tumidezza nella borsa destra, che alla pressione doleva. *Ai primi di Agosto* venne provando un insolito ed indefinito malessere in sulla sera, con dolori all'addome, massime camminando, ed intanto impallidiva e dimagrava. Fu verso la metà di questo mese che si accorse, che il ventre gli si era gonfiato, e ciò nel cingersi i calzoni, che più non arrivavano. I parenti suoi lasciarono decorrere circa un mese senza pensare di farlo curare, e finalmente fu chiamato il Dott. Clò un po' prima della metà del *Settembre*. Avendo egli fatta diagnosi di idrope ascite da peritonite, prescrisse senza ritardo due vescicanti, che furono applicati ai lati dell'ombellico; due giorni dopo la raccolta ascitica era diminuita nel modo il più evidente.

Visitai l'infermo col detto medico il 18 *Settembre*, e trovai il ventre non molto tumido, con 72 centim. di circonferenza a livello dell'ombellico, indolente al tocco, e presentante distinta fluttuazione; i due vescicanti erano aperti ancora. La borsa destra conteneva liquido sieroso, essendo trasparente alla fiamma della candela; alla pressione sulla borsa il liquido rifluiva con lentezza entro l'addome, però facendo tossire l'infermo la mano non percepiva impulso affatto.

Non avendo più visto il malato che ultimamente, manco delle notizie relative a questo lungo tratto di tempo; soltanto mi è noto per mezzo del sullodato medico, che ebbe occasione di visitarlo sol rare volte, non essendosi voluto assoggettare a cura regolare, che la gonfiezza del ventre ha persistito più o meno fino alla *prima metà di Maggio* 1869, nella quale epoca fu assalito da acutissimi dolori su tutto l'ambito addominale, esacerbantisi anche sotto il peso delle più leggiere coperte da letto; contemporaneamente è scomparsa ogni traccia dell'ascite e dell'idrocele, ed il ventre si è venuto riducendo al volume normale.

Al 15 *Luglio* 1869 ho verificato io pure queste particolarità, e di più ho trovato l'infermo assai migliorato rispetto ai dolori addominali ed anche allo stato generale. L'appetito però è poco; si hanno due o tre scariche alvine al giorno di varia consistenza, precedute da rumorosi borborigmi e da dolori piuttosto vivi. Il ragazzo sta alzato buona parte della giornata, di quando in quando curvo della persona attesa la dolentezza del ventre. Questo è di forma e volume normale, duro assai massime per contrazione dei muscoli addominali, la quale, in una al dolore, non permette un efficace palpeggiamento della regione. La borsa destra è un po' più voluminosa della sinistra, e la pelle più bruna; il testicolo destro è pure più grande del sinistro, e al disopra di esso si sente un tumore isolato, duro, bernoccoluto, a forma di piramide assai schiacciata, colla base in basso larga oltre due centimetri, e l'apice assai sottile, perdentesi all'altezza dell'anello inguinale esterno. Sotto i colpi di tosse anche forti non si percepisce impulso sulla mano.

I dolori ed i borborigmi prima delle evacuazioni alvine, e lo stato del ventre, mi fanno credere, che si abbia avuto lo stesso esito in aderenze peritoneali estese, come nella osservazione quinta.

Riguardo all'ammettere che l'idrocele abbia preso origine da una *vaginalite*, colla quale entrerebbe nel gruppo delle infiammazioni delle sierose un nuovo elemento, questo caso pure non toglie ogni dubbio, perchè qui esisteva del pari una co-

Digitized by Google

municazione fra la vaginale e la cavità del peritoneo.

Ora in che consiste quel tumoretto duro, che è rimasto superstite all'idrocele, tanto in questa osservazione che nella precedente? A tutta prima si sarebbe detto un'ernia epiploica; senonchè in ambidue le osservazioni non si spiegherebbe come il tumore fosse così duro, mentre non doveva essere di data molto antica, ed erano mancate quelle cause locali, come ad es. la compressione di un cinto erniario, che valgono a produrre l'indurimento di una porzione di epiploon erniata; inoltre nel Benazzi le due volte che l'ho visitato non ho potuto verificare nè sul tumore nè sulla regione inguinale l'impulso prodotto dall'urto della tosse. Ove si potesse escludere con certezza l'ernia epiploica, non rimarrebbe che a supporre, che questo tumoretto dipenda da depositi di fibrina nella vaginale, originati da vaginalite sierofibrinosa, - simili a quelli che si effettuano nella cavità del peritoneo, - nonchè da inspessimento della tonaca vaginale stessa; ipotesi che abbisogna della sanzione di nuovi fatti.

(continua)

CASO DI CROMIDROSI

osservato nell'Ospedale di Verona dal Cav. Dott. MESSEDAGLIA e dal Prof. LOMBROSO.

Giovanni Taddei d'anni 25, contadino di Oppeano, paese infetto da febbri, ha il padre sano, la madre soggetta a neuralgie ed ischialgie, un cugino sifilitico. Sano da ragazzo, a 18 anni sofferse una forte cefalea; poi abusò dell'onanismo e più della venere. Nel 1854, per coito impuro, incontrò una blennorragia uretrale, che durò 7 mesi. Circa 4 mesi dopo la guarigione di questa sofferse di pneumonite, e poi di convulsioni epilettiformi, e da ultimo di una paralisi di senso e di moto, limitata poi all'organo della vista, le cui funzioni però, più tardi, si rifecero normali. Dopo 2 mesi riapparvero le convulsioni; cessate le quali gli restò afasia, sicchè invece di parlare emetteva grida incomposte.

In seguito ad altro accesso perdette l'udito, e, per dir breve, dal 1865 fino al 67, rinnovaronglisi ogni 70 od 80 giorni degli accessi convulsivi, seguiti, sempre, dalla perdita di funzione di un organo di senso o di moto. Verso la fine del 1867 gli accessi rinnovaronsi ad intervalli sempre più lunghi e con minore intensità. Sul principiare del 1868 sofferse per la prima volta ritenzione di orina, seguita da iscuria, e finalmente da poliuria, che durò 4 giorni.

Più tardi venne preso da neuralgie, ora brachiale, ora sopra-orbitale, e al plesso solare, e qualche volta da iperestesia circoscritta al naso, alle palpebre, alle orecchie, al torace, al ventre. Una mattina fu preso da idrope, che crebbe per 3 giorni, e scomparve senza alcuna cura. Ma quello che è più singolare si è, che nel Luglio 1868 fu preso da emiplegia a sinistra, e contemporaneamente al lato paralitico del corpo si notò un copioso sudore, soprattutto alla sera. Il sudore era in tale quantità, che nello spazio di 24 ore se ne poterono raccogliere parecchi litri. Il liquido era inodoro ed incoloro, e raccolto in una bottiglia, dopo qualche tempo divenne scuro, con sedimento nerastro e odore ammoniacale. Cessò dopo quattro giorni questa efidrosi paralitica, ma fu susseguita da amaurosi e da recidiva dell'iscuria.

Queste sono le notizie comunicateci con gentile premura dall'egregio dottore di Oppeano Sig. Sandri, il quale combattè questi sintomi colla doccia, col setone ecc.; finalmente al 20 Febbraio 1865 lo spediva alla divisione oftalmica di Verona, per vedere se si poteva curare della amaurosi, che durava da un pezzo.

Entrato all'ospedale apparve individuo di alta statura, abbastanza ben nutrito, ricco di barba e di capelli; cranio assai ben conformato e di capacità maggiore della media normale, circonferenza 550, curva longitudinale 340, trasversa 310. La cute di un color giallo-terreo; soffio aortico all'ascoltazione; calore 37, 70; urina nella straordinaria quantità di circa 9000 grammi per giorno, acquea, peso specifico 1005, acida, con pochi cloruri e pochi fosfati. Gli occhi privi di vivacità, d'aspetto vitreo; l'iride di colore di castagna, mobile; la sclerotica plumbea e solcata da grossi vasi venosi; alla pressione si desta vivo dolore all'ultima vertebra lombare. — All'oftalmoscopio il fondo dell'occhio appare di un rosso pallido, papilla leggermente intorbidata, turgidi i vasi venosi, esili gli arteriosi; distingue bene i fosfeni, ma non ha alcuna percezione di luce; soffre di dolori lancinanti ai bulbi e alle palpebre, e di peso alla fronte. Lo sguardo è di un amaurotico; l'incesso è incerto; anche la parola è un po' confusa, interrotta e come fanciullesca. — Fu sottoposto al bromuro di potassio a dose crescente.

Pei primi giorni i dolori agli occhi ed alla fronte furono fierissimi, quando il 1.° di Marzo cominciarono a diminuire, ed in sull'albeggiare cominciò a lagnarsi di fotofobia, che crebbe di mano in mano che aumentava la luce del giorno. Il giorno successivo cominciò a distinguere l'ombra della mano, migliorando d'ora in ora, in modo che al giorno 6 Marzo la visione era perfettamente ristabilita, e cessata ogni sensazione molesta agli occhi. Pieno di allegria per ciò, ogni giorno più guadagnava anche nel colorito e nella nutrizione, e le facoltà intellettuali, che prima erano torpi-

Digitized by Google

de, si mostrarono più pronte e sveglie, sicchè raccontava con evidenza, ordine e colorito più vivo, che non sogliono quei del contado, la lunga iliade dei suoi guai. — Visitato coll'oftalmoscopio, si constatò il fondo di un bel rosso vivo, la papilla di colore normale, i vasi arteriosi più sviluppati, e i venosi meno turgidi. Fiducioso sulla ricuperata visione, legge il giorno 22 Marzo per più di un'ora ad una finestra molto illuminata; subito dopo vien preso da vivi dolori agli occhi, da fotofobia e da annebbiamento di vista; questi fenomeni crebbero in modo, che il giorno 26 Marzo distingueva appena il passaggio della mano, i dolori agli occhi erano fierissimi, l'iride era contratta, la faccia accesa, la fronte calda, arrossata; polsi a 76, calorificazione del corpo normale. — Si applicano sei mignatte alle apofisi mastoidee, e si continua col bromuro di potassio a tre grammi.

Cessarono il 27 i fieri dolori, ma sottentrò iperestesia nella regione delle palpebre, dei zigomi e della radice del naso, più a destra e alle palpebre che non alle altre parti vicine. L'iperestesia alla palpebra destra era così intensa, che un minimo tocco, una barba di penna, gli produceva dolore. Eppure la sensibilità tattile, esperimentata coll'estesiometro, era perfettamente normale in quelle regioni. Nello stesso tempo l'ammalato avvertiva un vivo dolore alla pressione in corrispondenza dell'ultima vertebra lombare.

Nella notte del 30 sofferse fotofobia, blefarospasmo, lacrimazione, atroce bruciore, e nello stesso tempo una sensazione particolare come di piccoli vermi nella regione iperestetica delle palpebre, della radice del naso e dei zigomi, regioni le quali apparvero notevolmente arrossate e calde. Il polso era di 64 battute, molle, vuoto; calore 37, 40; orine circa 8000 grammi, acquee, con pochi cloruri e leggermente acide. Sete inestinguibile. — Più tardi ci accorgemmo che dalla regione iperestetica delle palpebre e della radice del naso trasudavano goccioline di un umore rossastro. I dolori si facevano più atroci durante e scomparivano dopo il trassudamento, che era più copioso alla palpebra destra (la più iperestetica) che non alla sinistra, e che non alla radice del naso. Emesso il sudore sanguigno, cessava la fotofobia e calmavansi i dolori. — Oppio e bagni freddi.

Esaminato il sudore fresco al microscopio, vi si scorsero numerosi globuli sanguigni.

1 Aprile. — La notte insonne, scarso il sudore sanguigno, che si rinnova però all'improvviso al mattino. — Per allontanar ogni possibile inganno, si legano agli orli del letto le mani del malato, e si sospende il bagno freddo; malgrado ciò nella giornata si rinnova l'efidrosi sanguigna, e la sera si rinvennero sulle palpebre le croste rosse per umore sanguigno essudato e raggrumato. Faccia accesa; nevralgia palpebrale fierissima; calore 38; polso 86. La poliuria continua.

2 Aprile. — Notte più tranquilla; la faccia meno accesa; polso 70. Le palpebre trasudano ancora sangue.

Alla sera comincia a lagnarsi di vivo dolore al testicolo sinistro; il quale si rinviene gonfio, caldo, soprattutto all'epididimo.

3 Aprile. — L'epididimo è ancora dolente, cessa l'efidrosi sanguigna; iscuria, che continua fino al 5 Aprile, in cui si calma il dolore al testicolo, ma recidiva il sudore sanguigno e l'iperestesia delle palpebre. Sopravvengono due accessi di febbre con freddo. — Si sopprime il bromuro di potassio, e si somministrano 2 centigr. di estratto di belladonna al giorno.

9 Aprile. — Comincia a distinguere il passaggio della mano innanzi agli occhi. Cessa ogni iperestesia, e ogni cromidrosi. Continua la fotofobia. — 6 centigr. di belladonna.

10 Aprile. — Distingue la mano e le dita. Cessa la fotofobia. All'oftalmoscopio non si scoprono che i vasi venosi della retina alquanto turgidi. Fiera enteralgia.

12 Aprile. — Vomito; accusa globo isterico alla gola.

14 Aprile. — Cessa ogni incommodo gastrico ed intestinale; la vista si è stabilita, sicchè al 5 Maggio viene dimesso come guarito.

In questa storia vi sono a rimarcare parecchi fatti, se non unici, certo assai singolari nella patologia.

Non parleremo delle singole nevrosi, che si succedettero con sì variata strana vicenda, - amaurosi, paralisi, fotofobia, neuralgia intercostale, sordità, iperestesia, - posciachè una successione simile di fenomeni non è punto nuova ad osservarsi nei così detti, isterismi (1); solo bisogna rimarcare, come qui si trattava di un uomo, e uomo del contado. È noto che l'isterismo non è proprio solo delle donne, pur è bello notare che l'abuso di venere vi contribuì; così che un cotal rapporto col sistema genitale, come si ammettea una volta negli isterismi, ci era anche in questo caso.

Troviamo poi più rimarchevoli quelle aberrazioni della vita vegetativa, che evidentemente erano in dipendenza dalle lesioni nervose. Un'idrope che viene all'improvviso, e sparisce all'improvviso; un vomito di sangue, in un individuo, che non soffre alcuna lesione del ventricolo; una orchite che compare senza causa traumatica e specifica in

(1) Per es. nella *storia di una rara malattia nervosa* del Ricotti, *Pavia* 1808, si legge di una ragazza, figlia di madre convulsionaria e padre apoplettico, soggetta ad emicranie e convulsioni, che in seguito ad una emorragia patì successivamente convulsioni, tetano, corea, iperacusia, disfagia, colica, diarrea, catalessi, mania, anestesia, iperestesia, polidipsia, paralisi, cecità, scialorrea, sordità.

Digitized by Google

seguito a una nevralgia del testicolo; un diabete insipido, che compare e dispare anch'esso senza causa alcuna speciale, e s'alterna con fenomeni nervosi, sono evidentemente prodotti dall'influenza dell'innervazione, dalla paralisi vaso-motoria.

Ma più direttamente e chiaramente effetto di questa ci appare quella efidrosi comparsa precisamente dal lato paralitico, e la ematidrosi, che si è rimarcata da ultimo precisamente nella regione iperestetica della faccia, e che coincise col cessare dell'amaurosi, e colla iperestesia, colla fotofobia, blefarospasmo, nevralgia cigliare, tutti fenomeni di pervertita innervazione.

Se non si conoscessero dalla fisiologia i nervi vaso-motori, e la dilatazione dei vasi per la paralisi di questi nervi, bisognerebbe inventarli per spiegare questo fenomeno, il quale non potrebbe confondersi se non coll'emofilia e con lo scorbuto, ma se ne distingue subito 1.° per esser stato preceduto dalla efidrosi paralitica; 2.° per succedere in alcune regioni, che meno sono esposte agli stravasi scorbutici; 3.° per succedersi in mezzo ad atroci dolori e in regioni iperestesiche, e più nelle regioni che più erano iperestesiche, ed è cessato col cessare della iperestesia, e accompagnandosi a fenomeni essenzialmente nervosi, blefarospasmo, fotofobia; 4.° per essere comparso e scomparso tutto in un tratto; 5.° per avere ceduto all'uso della belladonna, che noi sappiamo quanto agisca sui nervi vaso-motori, e precisamente eccitando i nervi paralizzati e restringendo i vasi, per cui essa giova tanto nelle angine tonsillari, risipole ecc.

Come nello stesso individuo s'alternarono le paralisi di senso a quelle di moto, le nevralgie e le iperestesie, così pure comparvero le paralisi dei nervi vaso-motori, denunciate prima dalle idropi, diabete, efidrosi, ematidrosi, sempre manifestatisi di preferenza nei punti colpiti da nevrosi iperestetiche, paralitiche o convulsive. Questa nevrosi partiva essa dal midollo, dagli emisferi, o dal midollo allungato? Tutti i tre centri parvero offesi; pure la bella forma del capo, la poca lesione della papilla, l'eziologia (per abuso di venere), la instabilità dell'amaurosi, la lucidità delle idee, la frequenza dei disordini vaso-motori, farebbe propendere pel midollo allungato, centro dei nervi vaso-motori.

È degno di nota come anche in questo caso si verificò l'indipendenza della sensibilità tattile dalla dolorifica: quanto all'esagerazione di quest'ultima, essa fu notata nelle nevrosi stesse paralitiche, e creduta conseguenza dell'aumentata circolazione (1).

Questo associarsi delle nevrosi di moto e di senso colle nevrosi dei nervi vaso-motori, e quindi colle alterazioni dei vasi e delle funzioni dei visceri, è cosa già notissima. Già il Romberg ci ha narrato di una donna, che ferita nel nervo cutaneo esterno del braccio vide poi svilupparvisi una specie di pemfigo coll'aumento di 3 gradi di calore, ed Earle (1) racconta come in una nevralgia sopraorbitale comparisce lungo il corso del nervo una striscia rossa, con tale aumento di temperatura da asciugare in pochi momenti delle compresse ghiacciate; e tutti conoscono le scialorree che s'associano alle nevralgie del quinto, le lagrimazioni che accompagnano le nevralgie cigliari, la zona che segue le nevralgie intercostali.

I medici militari americani osservarono in seguito a ferite di nervi degli arti dopo 7 settimane insorgervi eruzioni eczematose, vescicolari, che scomparivano e ritornavano, accompagnate da arrossamento a chiazze della cute circumambiente, dall'ingrossamento delle articolazioni; altre ferite narra Woake del nervo sciatico e brachiale con ulcerazione delle unghie, con eczemi, e delle ferite del nervo mediano con eruzione papulosa.

Paget parra di due casi di fuoco sacro, uno in cui la nevralgia continuò dopo l'eruzione, e le dita si fecero lisce, rosse, ulcerate; l'altro di nevralgia del 5.° a destra, seguita da eruzione erpetica lungo il decorso del nervo, poi estesa alla metà destra del palato e gengiva, - e seguita da necrosi dell'osso e caduta dei denti (2).

I casi però di vera cromidrosi paralitica sono assai rari; io non potei raccogliere, oltre il fatto già noto del Bizio, che questi quattro. — Nel 1859 il Parrot osservò una donna scrofolosa, d'anni 27, figlia di padre nervoso, che a 6 anni ebbe convulsioni epilettiformi, dopo le quali emise sudore sanguigno dalle mani senza alcun dolore. Più tardi trasudava sangue al petto, alle palpebre, e sempre dopo una profonda commozione morale. Ad 11 anni ebbe i menstrui, e parve guarita, ma presto recidivò, trasudando sangue dal viso, e cadendo in convulsioni epilettiche. Nè il matrimonio la migliorò, che malgrado questo ebbe accessi di una o due ore di emofidrosi. Nel gravidanza si sospese, ma dopo il parto, recidivò, e sempre l'essudamento sanguigno veniva preceduto da dolori atroci nelle gambe (3).

Un'altra storia analoga si trova registrata nello Schmidt's Jahrbüch. 1869, Aprile, pag. 100. Un uomo di 40 anni ebbe a soffrire di reumi, ipocondriasi, itterizia, e da un anno e mezzo era soggetto a palpitazioni cardiache, asma, deliqui, sussuro agli orecchi, diplopia, mosche volanti agli occhi, convulsioni epilettiformi, dopo le quali il viso e la congiuntiva degli occhi e le mani vivamente iniet-

(1) Nervenkrankh. I. vol. 1840.

(1) Med. Chir. Transact. vol. VII.

(2) Woakes: Journ. of. Cut. Diseas. 1868.

(3) Canstatt's Jahrb. 1860 pag. 141.

Digitized by Google

tavansi. Nel medesimo tempo trasudava dalle coscie e dai testicoli in grande quantità un umore dapprima scolorato e poi di colore indigo-bleu, che coll'analisi chimica si trovò constare di fosfato di ferro.

Cazenave racconta come nel 1840 osservasse una ragazza isterica quindicenne, linfatica, che soffriva emorragia al viso e alle braccia, la quale durò dal Novembre al Marzo; cessato questo, comparve vomito, che l'abbattea assai. Si riebbe, ma recidivò da ematidrosi.

Un altra donna, menstruata precocemente a 11 anni, vide dall'epoca della prima menstruazione trasudare sangue dalle dita e dall'orbita, a piccole macchie rotonde, precedute da prurito vivo agli arti e al dorso, più tardi da convulsioni con perdita di coscienza. — La prima gravidanza non giovò, ma sibbene la seconda (1).

(1) Leçons sur les malad. de la peau. 1856.

Due storie di cistotomia sotto-pubica eseguita col nuovo cistotomo del Prof. Loreta

La mattina del giorno 5 Giugno scorso veniva eseguita dal Prof. Loreta nel teatro della Clinica la terza operazione di cistotomia sotto-pubica col suo nuovo cistotomo con tale prontezza, precisione e sicurezza, da lasciare nell'animo della scolaresca il fermo convincimento, che le difficoltà ed i pericoli della cistotomia perineale, dovuti non alle regole, che governano quest'operazione, ma sibbene alla imperfezione degli istrumenti, fossero scomparsi, e che quindi il giovine chirurgo franco e sicuro potesse accingersi ad eseguire questa importantissima operazione senza aver bisogno di guadagnarsi prima la sicurezza e la valentìa col caro prezzo di non pochi esiti infausti.

Si contano oramai 18 secoli, dacchè si scrive intorno alla cistotomia intrapresa con metodi e procedimenti infiniti e diversi, e vana pretesa sarebbe il solo volerne fare una enumerazione completa. — La moltiplicità dei metodi ideati in addietro fa conoscere non esservene stato uno realmente superiore agli altri, e ciò sempre per la imperfezione dell'apparecchio istrumentario, giacchè un moto involontario della mano, che opera, un movimento improvviso dell'operando, una contrazione spasmodica dei muscoli perineali, una scossa che l'assistente, e lo stesso chirurgo imprimano all'impugnatura del catetere nell'abbassarlo, possono fare deviare il coltello dal solco del sciringone, per cui la punta del cistotomo, perdendo detto solco, invece di entrare in vescica, perfora, ed incide gli organi vicini. Questi inconvenienti, che formano uno scoglio pei principianti, un grave imbarazzo per molti chirurgi, e che rendono la cistotomia una delle operazioni più gravi e pericolose, e che fanno sì che il giovine chirurgo spaventato ed atterrito si ritiri dal cospetto di quei disgraziati, che tormentati da un iliade di mali gli domandano un pronto soccorso, sono in gran parte tolti mediante il nuovo cistotomo dell'egregio mio maestro Prof. Loreta, il quale ha fatto in maniera che la direzione del moto del coltello sia affidata a tutt'altro che alla mano; il catetere serve interamente di guida nel condurre la lama, mentre alla mano non resta altro incarico che quello di imprimerle il moto onde penetri in vescica. Questo nuovo cistotomo adunque, la cui particolare descrizione è stata fatta dal Professore istesso, ed inserita nel giornale la *Rivista Clinica*, è dato a rendere il secondo tempo della cistotomia facile, pronto, e sicuro, qualunque siasi il metodo, col quale vogliasi eseguire.

Il paziente era un bambino sano e robusto d'anni cinque. Aveva goduto ottima salute fino all'età di anni 4. In quest'epoca cominciò ad essere disturbato da dolori al glande, da difficoltà d'orinare ed in seguito si aggiunse il prolasso dell'intestino retto. Il suo carattere gaio ed allegro dapprima, si fece tetro, e melanconico; quei divertimenti, che in altri tempi formavano l'oggetto delle sue occupazioni, e delle sue gioie, l'annoiavano. L'appetito si fece scarso, ed il sonno interrotto e leggiero. Ricoverato il bambino, nell'ospedale, e tenuto in osservazione, mi fu dato raccogliere i seguenti sintomi subbiettivi.

Il bambino spesso si lagnava di dolori al perineo ed all'ano, i quali si propagavano fino all'estremità del glande - aveva frequentemente bisogno di orinare, - l'escrezione dell'orina era repentinamente interrotta una o più volte prima di essere terminata, - alle volte emetteva l'orina a goccie a goccie e con tali premiti da succederne il prolasso dell'intestino retto. Nella notte veniva frequenti volte svegliato, emetteva un grido, esercitava delle trazioni sul pene, e si accingeva poscia con gran fatica ad emettere l'orina. Del resto tutte le altre funzioni del corpo erano normali.

Questi dati subbiettivi non potevano palesare più chiaramente l'esistenza di un calcolo vescicale; ciò nonostante per vie meglio confermarci in questo giudizio era necessario il cateterismo, il quale non fu possibile praticare atteso la indocilità del bambino. Allora fu rimesso alla mattina veniente, e stabilito, che se era possibile introdurre lo sciringone, e con esso constatare la presenza del calcolo, si sarebbe proceduto immantinente alla operazione. Trasportato diffatto

Digitized by Google

il bambino il dì successivo in teatro, e posto sulla tavola in modo che il tronco fosse in una situazione obliqua, colla testa alquanto sollevata, e colle coscie divaricate, si passò alla introduzione del catetere in vescica, e così si constatò obbiettivamente la presenza del calcolo; si estrasse dallo sciringone lo stiletto, si consegnò il catetere all'Assistente che lo mantenne nella debita posizione, e poscia si passò direttamente alla esecuzione della operazione, la quale per ciò che riguarda il primo e secondo tempo avrà durato circa cinque minuti. Incisa la pelle, i sottoposti tessuti e l'uretra stessa col cistotomo, rimase scoperta la scanalatura del sciringone, nella quale si introdusse il bottone del cistotomo, e poscia inclinato in avanti il sciringone per farne penetrare di molto nella vescica, e tenendolo piegato verso l'inguine destro (per evitare i condotti eiaculatori, e per incidere il raggio obliquo inferiore sinistro della prostata) si impresse un moto violento al coltello dall'esterno all'interno in maniera che percorso tutto il solco del sciringone fino al suo fondo cieco, penetrasse in vescica; in questo momento difatti si videro molte goccie d'orina venire fuori dalla ferita perineale. Compito così il secondo momento della operazione si passò al terzo, il quale fu lungo e difficile atteso la fragilità dei calcoli, i quali erano in numero di tre, grossi come una noce avellana, liberi nel cavo vescicale, e composti, come risultò in seguito dall'analisi chimica, di fosfato doppio ammoniaco-magnesiano. Dietro la scorta del dito indice della mano sinistra introdotta la pinzetta, e con questa afferrati ad uno ad uno i calcoli, si tentò estrarli con moderate trazioni, ma invano, giacchè essendo fragilissimi si ruppero in mille frantumi, e così fu necessario portarli fuori e colla cucchiaia e colle dita, ed infine mediante varie iniezioni d'acqua, fatte nella vescica.

Ciò nullameno dopo non poche manovre fu liberata la vescica da qualunque frantumo, e in tal maniera si compì felicemente la operazione. Dal teatro il piccolo infermo fu trasportato nella sala chirurgica e collocato al letto N. 15. Dal suo aspetto si poteva scorgere non avere molto sofferto - era franco e discretamente in forze - l'occhio era splendente, e la fisonomia composta; dalla ferita non veniva stilla di sangue. Visitato un'ora dopo si trovava in istato soddisfacentissimo, era quieto, e non si lagnava di alcuna sofferenza, aveva 120 pulsazioni, e la temperatura era normale. Nella notte dormì tranquillamente. La mattina susseguente aveva la pelle molto calda, ed asciutta, però non presentava alcun fenomeno rilevante. Alla sera era molto più quieto, ed accusava appetito. L'orina veniva bene dalla ferita perineale, la piaga di un bell'aspetto, in brevissimo tempo cominciò a cicatrizzare indi l'orina a poco a poco cominciò a fluire dall'estremità dell'uretra, talchè in capo a 25 giorni il bambino faceva ritorno presso ai suoi genitori perfettamente guarito (1).

Bologna il 9 Luglio 1869.

VIOLANI LUIGI Studente di Clinica.

Il 18 del p. p. Maggio entrava nella nostra Clinica Chirurgica il fanciullo Giuseppe Lolli d'anni 5, di costituzione sana e robusta d'un carattere vivacissimo. Già da due anni accusava disuria, dolori al ghiande ed al perineo nell'emissione delle orine, e talvolta ancora incontinenza, specialmente negli ultimi giorni di dimora al suo paese.

Fu tenuto per qualche giorno in osservazione. Gli strani atteggiamenti che assumeva il fanciullo nell'emettere le orine, il dolore che sentiva profondamente specialmente dopo d'averle emesse, lo interrompersi talvolta bruscamente del getto, il sorgere frequenti bisogni di orinare con sforzi talvolta infruttuosi, lo stiramento del pene che era di molto allungato e col prepuzio fimotico, erano plausibilissimi indizi di calcolo in vescica.

Il cateterismo somministrò segni più validi e sicuri. Ma per praticarlo si incontrarono gravi difficoltà tanto per la irrequietudine del malato, come per la contrazione spasmodica dell'uretra membranosa e dello sfintere vescicale, che non permetteva alla sciringa di avanzarsi se non dopo lunghi e pazienti tentativi, e quindi, raggiunta la cavità vescicale, inceppava i movimenti del becco della sciringa che andava in cerca del calcolo.

Però quasi tutte le volte che l'istrumento guadagnava l'orifizio interno uretrale percuoteva contro un corpo solido che non poteva essere che il calcolo. Rare volte però avvenne di sentirne l'urto con chiarezza, giacchè, oltre le notate difficoltà, la vescica era sempre vuota e contratta, abbracciando l'estremità vescicale dell'istrumento, da non permettere che limitatissimi movimenti, pel timore di ledere le pareti vescicali.

Stabilita nulladimeno con certezza la diagnosi di pietra in vescica, il giorno 5 Giugno il Prof.

---

(1) A viemeglio comprovare i grandi vantaggi, e i buoni risultati di questo nuovo cistotomo, il quale nulla lascia a desiderare intorno alla estensione, e precisione del taglio, mi piace far noto che egli non ha fatto soltanto buona riuscita nelle mani del suo inventore, ma è stato adoperato anche dal Prof. Casati di Forlì su varî bambini, come pure due volte dal Prof. Ceccarelli di Rimini, sempre con esito felicissimo: giova inoltre ricordare che lo stesso Prof. Loreta ha eseguito in questi giorni la quarta operazione sopra un bambino di 7 anni, il quale già si trova in via di guarigione.

Digitized by Google

Loreta passava all'atto operatorio, servendosi del proprio cistotomo. È già noto il processo del mio egregio Professore perchè io ne debba dare la descrizione. Fatto però il taglio colla massima sicurezza, come lo permette il nuovo cistotomo, l'introduzione del dito, onde penetrare in vescica, trovò ostacolo in fibre di tessuto fibroso ed aponeurotico che opponevano una diga insormontabile in corrispondenza dell'arco del pube. Queste briglie erano sfuggite al taglio, perchè il cistonomo era stato introdotto con lentezza: spintolo poi innanzi una volta colla voluta celerità e violenza, trovando forse anche quelle fibre in contrazione, fu dato reciderle, e così aprirsi un largo varco alla vescica, dove penetrando colla tanaglia sulla scorta del dito, si potè in un istante estrarne la pietra.

Per evitare un tale inconveniente il Prof. Loreta nelle sue lezioni di medicina operatoria sul cadavere ci consigliò di fare il taglio delle parti superficiali, impiantando perpendicolarmente al piano perineale la punta del coltello; penetrare in questa direzione fino al di là del bulbo e quindi piegarlo in basso descrivendo un arco di cerchio, fatto centro là ove tocca la punta, e costituendo così una ferita ad angolo col seno aperto innanzi. L'esperimento fatto sul cadavere riusciva di piena soddisfazione.

Circondato di quelle cure che in tali contingenze sono richieste, il fanciullo nei primi due giorni dall'operazione presentava temperatura elevata, insonnio, inappetenza; ma alla 3.ª giornata discese di molto la temperatura fin quasi ad esser normale, come divenne di poi. Il 3.° giorno pure all'orifizio esterno dell'uretra si presentò qualche goccia di orina; il resto colava dalla ferita, la quale si presentava di buonissimo aspetto. La copia di orina che si facea strada per l'uretra peniena andò sempre crescendo, fino a che il giorno 12.° dall'operazione neppur traccia d'orina si scorgeva alla ferita perineale. Le condizioni dell'infermo andarono sempre migliorando l'appetito che cominciò a farsi sentire fin dalla 3.ª giornata si serbò sempre ottimo, finchè il giorno 3 Luglio il nostro fanciullo si restituiva alla famiglia in pieno stato di salute.

GIACOMO RIZZI.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Bernutz, Raynaud, Begbie, Gintrac, Kussmaul. — *Sulla toracentesi, sua esecuzione, e indicazioni per eseguirla.* — Schmidt's Jahrbücher, N. 8, 1868.

(Continuazione e fine, vedi il N. 6).

Bernutz (Journ. de Brux. 1865) rende conto di un caso interessante di piopneumotorace, osservato nello spedale de la Pitié.

Il paziente, d'anni 54, adetto alla costruzione di una fabbrica, un dopo pranzo per sottrarsi alla caduta di una pesante trave, fece un salto così violento, che tutto a un tratto fu preso da altissima dispnea. Si constatò un pneumotorace, cui dopo breve tempo si aggiunse un essudato della pleura sinistra. Minacciando la soffocazione, si punse, col metodo di Reybard, il 6.° spazio intercostale nella linea ascellare. Si estrassero 5 litri di pus liquido, inodoro, misto a bolle di aria. Dapprima l'infermo si sentì sollevato, però il pus si riprodusse ben presto. Ripetuta la puntura si estrassero tre litri di pus buono e del gas. Per mezzo di un tubo elastico di gomma, che si lasciò nella pleura, si fecero iniezioni iodate. Un giorno fu avvertito, che non eravi più il tubo e che era scivolato entro la pleura. — Si dilatò l'apertura, e si levò il tubo di gomma dalla cavità pleuritica. In seguito si praticò una seconda apertura nella parte posteriore del torace, e attraverso le due aperture si collocò un tubo da drenaggio. Dopo questa operazione, la quale non fu seguita dal più piccolo accidente, la secrezione del pus diminuì per modo, che il paziente potè essere licenziato ben presto come pienamente guarito.

Raynaud (L'Union 1865) pubblicò il caso seguente, il quale sembra interessante specialmente nel rapporto diagnostico.

Un uomo di 37 anni, molto anemico, fu preso da un brivido moderato. Egli diceva, che gli riusciva assolutamente impossibile di giacere sul lato destro; tuttavia non si potè rilevare nè tosse, nè escreato. Durante la notte l'infermo fu eccitato straordinariamente ed in preda ad angustia indicibile. Si riscontrò un essudato pleuritico molto esteso: nel torace sinistro la percussione dava ottusità assoluta, davanti fino alla clavicola, di dietro fino alla fossa infraspinosa: all'ascoltazione, mancanza del rumore respiratorio nella massima parte del torace sinistro; posteriormente e verso la radice del pulmone, rumore di raspa ed egofonia. Il fremito pettorale mancava affatto a sinistra. Il cuore era spinto a destra. Gli occhi acqui-

Digitized by Google

starono un aspetto vitreo peculiare, e appena potevano distinguere gli oggetti. L'urina nel riscaldarla, e trattata coll'acido nitrico, offriva un leggero intorbidamento. L'anamnesi diede, che il paziente era stato castrato in seguito di un tumore cistico in ambedue i testicoli; del resto diceva d'essere stato sempre sano. Da sei mesi aveva rimarcato, che erangli diminuite e la forza visiva e la memoria, e che gli riusciva difficile di trovare le parole convenienti. Il paziente aggiungeva di non avere scapitato niente nelle forze muscolari, però da breve tempo soffriva spesso di emicrania. Avuto riguardo a questo complesso di sintomi, quasi si pensò ad un tumore del cervello, massime che l'urina ad un esame accurato non offriva più albume. Malgrado la cura più diligente non essendo diminuito il dolore nella metà sinistra del torace, ed essendosi ancora aumentata l'angustia del paziente, Raynaud si decise di praticare la toracocentesi. L'operazione fu fatta nel 6.° spazio intercostale, mediante un trequarti colla cannula di Reybard. Sul principio sortì liquido sieroso sanguigno, cui seguì ben tosto sangue quasi puro. Si sarebbe creduto che fosse avvenuta la lesione di un grosso vaso, ma l'operazione era stata praticata con tutte le regole. Dopo di questa, l'ottusità anteriore del torace era in parte diminuita, all'incontro nella parete posteriore non aveva subito il benchè minimo cangiamento. Qualche tempo dopo l'operazione il paziente sentissi alquanto sollevato, ma al terzo giorno si potè constatare in tutta la metà destra del corpo un visibile disordine della sensibilità e della motilità. Questo crebbe sempre più nel giorno successivo; presentossi un'emiplegia ben decisa, e nella stessa notte accadde la morte.

L'*autopsia* trovò nel cervello, nel corno posteriore sinistro, un focolaio di sangue coagulato, grande circa come un pomo. Le molli pareti di questo focolaio offrivano un colorito giallognolo, il quale proveniva da imbibizione di ematina. Lo stesso coloramento si trovava nella parte posteriore dei ventricoli laterali. Da un lato del focolaio emorragico si vedeva un tumore canceroso circoscritto, ricco di vasi, della grandezza di una castagna. Un tumore alquanto più piccolo trovavasi nella estremità esterna del corno posteriore. Quest'ultimo aderiva sì strettamente alla dura madre, che questa non potè separarsi, senza che ne venissero staccati dei piccoli brani. A destra eravi un solo piccolo tumore nella stessa regione. I nervi ottici, il chiasma, i corpi quadrigemini e genicolati non presentavano alterazione veruna. — Il pulmone malato era pieno di nodi cancerosi di consistenza gelatinosa. Nella base del pulmone trovossi una massa cancerosa della grandezza di una castagna, e di più 3-4 tumori fungosi fluttuanti nel liquido libero. La pleura sinistra era punto di partenza di due masse cancerose, che al taglio presentavano un aspetto colloide. — Nel pulmone destro si vedevano due masse cancerose, rotonde, le quali non furono riconosciute durante la vita. — Anche la milza, i reni e l'intestino cieco offrivano fenomeni consimili.

Raynaud porta opinione, che si è autorizzati alla diagnosi di cancro del pulmone, quando in una pleurite la toracocentesi, praticata con tutte le regole, estrae liquido sanguigno.

Warburgton Begbie (Edinb. med. Journ. 1866) riferisce di 9 casi di pleuriti, parte acute, parte croniche, tolte dalla sua pratica nella Royal Infirmary di Edinburg, le quali ebbero un esito felice per mezzo della toracocentesi, tanto nei bambini, quanto nelle persone adulte. Dai suoi sperimenti rimase convinto, che l'operazione eleva l'attività degli organi assorbenti e secretorî. Ritiene per superflue le iniezioni, le pompe e gli apparecchi valvolari ad evitare l'ingresso dell'aria, in quanto che non osservò mai pericolo alcuno dall'uso del semplice trequarti. Si deve levare la cannula dalla ferita appena il respiro è divenuto più facile ed il polso più robusto. La presenza dell'aria non conduce per verun modo alla decomposizione dell'essudato, il che risulta da ciò, che in casi di idro- e piopneumotorace, dopo morte, per lo più non si potè riscontrare alterazione veruna nel liquido. Begbie espose per 14 giorni all'aria atmosferica il liquido cavato dal torace, senza rimarcarvi scomposizione; presumibilmente si può considerare come fattore conservativo la quantità ragguardevole di cloruro di sodio.

Le *indicazioni* che dimandano un atto operatorio negli essudati pleuritici, Gintrac le formula presso e poco nella maniera seguente (Journ. de Bord. 1868).

La toracentesi è indicata incondizionatamente nei casi acuti di pleurite, ove l'essudato fin da principio è tanto eccessivo, da porre in pericolo la vita del paziente. In tali casi la cavità pleuritica per lo più è del tutto piena; il pulmone ridotto al minimo, il cuore ed il fegato spostati dal luogo normale, il polso debole, piccolo, frequente ed irregolare. Vuotato il liquido, il pulmone si dilata, i fogli pleurali prendono delle adesioni fra loro, ed impediscono la riproduzione dello siero. Al contrario, se nella pleurite acuta lo spandimento è moderato, allora la toracocentesi è controindicata anche in quei casi, in cui il paziente è dispnoico, e la frequenza del polso e della respirazione è assai rilevante. In allora questi sintomi dipendono più dallo stato febbrile che dalla quantità del liquido.

Se da un mese esiste uno spandimento sieroso non troppo abbondante, senza che ceda ad un metodo curativo adatto; se l'ottusità rimane sempre nella stessa estensione, e non si abbia a temere per la dispnea o per l'asfissia, allora è soltanto

Digitized by Google

indicata la puntura, quando furono già esaurite tutte le risorse terapeutiche. Frattanto non bisogna dimenticare, che l'essudato esercita un'azione irritativa, come corpo straniero, la quale predispone a maggiore trasudamento. All'incontro la toracocentesi è indicata pressantemente, quando esistendo uno spandimento da un lato, l'altro pulmone è sede di una bronchite capillare, di una pneumonite, di un edema o di altre gravi infermità.

Se una pleurite colpisce un individuo anemico, molto decaduto; non si deve indugiar troppo colla puntura. Qualunque metodo terapeutico si voglia usare in tal caso, o derivativo, o purgativo o diuretico, si peggiorerebbe sempre più lo stato anemico. Se durante la pleurite si presenta un deliquio, questo si deve considerare di cattivo presagio, e bisogna praticare la toracocentesi colla massima sollecitudine.

In oltre non bisogna lasciare di considerare, ciò che nota a ragione Trousseau nel suo trattato di clinica, che la pleurite cronica, specialmente se esistono rapporti ereditari sfavorevoli, spesso conduce alla infiltrazione tubercolare dei pulmoni, e così anche in questi casi la toracocentesi troverà un posto conveniente.

Per ultimo la toracentesi può convenire nell'idrotorace successivo a malattie dei pulmoni e del cuore. Quivi la puntura può riguardarsi solo come mezzo palliativo, come la paracentesi dell'addome nell'ascite, e così si può procurare all'infermo almeno un sollievo momentaneo. Così Bricheteau nel suo *Traité des maladies de l'appareil respiratoire*, narra di un inglese, in cui la toracocentesi fu praticata 17 volte. In un individuo tubercoloso l'operazione si deve limitare allo stato di crudità dei tubercoli.

Fra gli autori tedeschi il Prof. Kussmaul in particolare ha trattata profondamente la presente quistione. Egli pubblicò (*Deutsch. Arch. f. klin. med.* 1868) 16 osservazioni di toracocentesi nella pleurite, nell'empiema e nel piopneumotorace, le quali sebbene non autorizzino alle esagerate speranze dei rapporti francesi, tuttavia sono sempre sufficienti a porre in buona vista questa operazione. Che se la toracocentesi non è ancora divenuta un espediente usuale pei medici, ciò in parte dipende dalla mancanza di indicazioni precise, in parte dalla discrepanza riguardo al processo operativo. Bisogna avere una idea ben decisa, di ciò che ci prefiggiamo coll'operazione, per prescegliere nel caso speciale la puntura o l'incisione od anche la resezione delle coste. Mentre la medicina interna si occupò soltanto delle indicazioni, la chirurgia dal canto suo si è interessata unicamente della parte operativa. Le memorie di Schuh e Skoda su questo soggetto, non solo non hanno risvegliata la fiducia per la toracocentesi, ma piuttosto tolsero ai medici il coraggio, di modo che le raccomandazioni di Krause, Trousseau ed altri poterono appena cangiare i pareri su questa vantaggiosa operazione. Quale presidio indipensabile per la medicina pratica sia la toracocentesi, si farà manifesto per le osservazioni che raccolse Kussmaul, delle quali vogliamo in breve riportare alcune.

Il primo caso riguarda un ragazzino d'anni 5, in cui da 3 mesi si era sviluppato uno spandimento purulento. Esso era minacciato da soffocazione; per ciò con un sottile trequarti si praticò una puntura nel 6.° spazio intercostale nella linea ascellare. Dalla cannula fluì pus giallo-verdognolo, inodoro. La cannula rimase in posto per 24 ore, ed in tutto si estrassero 700 centim. c. di pus, senza che penetrasse aria nella cavità della pleura. Dopo l'operazione lo stato del bambino era palesamente migliore, la febbre e la dispnea erano svanite. Per sei mesi continui si estrasse il pus per mezzo di un catetere; nè mai fluì da se, poichè nell'orifizio interno del tramite della puntura si era formata una specie di valvola, che opponeva soltanto poca resistenza all'ingresso del catetere, mentre impediva la sortita del pus. Se questo ristagnava, allora lo stato del bambino si faceva peggiore; migliorava però di nuovo, se veniva eliminato. In capo a 6 mesi il bambino fu mandato a casa. I parenti frattanto non avendo portata la dovuta attenzione allo svuotamento del pus, ben presto lo stato del bambino si alterò, e fu riaccolto nello spedale tre mesi dopo. Quivi si iniettò ogni giorno una soluzione di iodio, dopo di che la secrezione diminuì sempre più. Il paziente quindi dopo un soggiorno di altri quattro mesi nella clinica, fu licenziato con piccola depressione della metà sinistra del torace, però in istato del tutto soddisfacente, e da allora in poi fu sempre sano.

Un 2.° caso si riferisce ad un bambino di 18 mesi, di cui il sacco pleurale destro era da 4 mesi pieno di pus. In causa della dispnea rilevante si incise il 5.° spazio intercostale, e nell'apertura fu assicurata una cannula d'argento. Dopo 5-6 settimane il bambino fu licenziato con una forte depressione della metà destra del torace, la quale però si compensò dopo pochi anni.

In un 3.° caso trattavasi di piopneumotorace icoroso, che era comparso in seguito di una febbre puerperale. La paziente giorno e notte era molestata da tosse violenta oltre misura, la quale resistette alle iniezioni sotto-cutanee di morfina e ad ogni altra cura interna. Quindi si aveva febbre violenta, il polso e la frequenza del respiro erano considerevolmente aumentati: massima la dispnea. L'odore dello sputo, verde-grigiastro, sottile e abbondante, e l'alito della bocca erano insopportabili. Essendo la paziente molto estenuata, e da temersi un esito letale, fu praticata un incisione lunga 2″ nell'8.° spazio intercostale, di-

Digitized by Google

stante 8 centimetri dalla colonna vertebrale. Sul principio sortì aria per la ferita, poscia furono estratti 3000 c. c. di pus fetente, icoroso. Dopo l'operazione cedette la febbre, e lo stato generale si fece buono. Si applicò un catetere elastico nella ferita della lunghezza di ½', dal quale nei primi giorni, sotto la tosse segnatamente, sortì qualche poco di pus fetido. Appena lo sgorgo si fermava, veniva la febbre, e si potè rimarcare, che gli eccitamenti febbrili erano proporzionali alla raccolta del pus nella cavità pleuritica. Il pulmone a poco a poco riprese il primiero volume, e si poteva udire un respiro distintamente vescicolare. Quando fu cessata la secrezione, si tolse del tutto il catetere dalla ferita. Otto settimane circa dopo l'operazione la paziente fu licenziata dalla clinica come guarita, senza che si potesse riscontrare una depressioue della metà inferma del torace.

Kussmaul è di parere che la guarigione sarebbe avvenuta più facilmente ancora, se per mezzo di iniezioni giornaliere si avesse pulita la cavità pleuritica. Del resto a questo proposito fa osservare, che all'infuori di una osservazione di Bricheteau, nella letteratura non si trova altro caso analogo di piopneumotorace icoroso, guarito coll'operazione, formatosi da causa interna, e senza lesione delle pareti esterne del torace.

Nel 4.° caso trattavasi di una ragazza d'anni 19, la di cui madre era morta di consunzione. Da un acuta pleuro-pneumonite doppia e bronchite nella paziente erasi formato un empiema destro di discreta estensione. L'essudato posteriormente arrivava alla spina della scapula, sul davanti al 4.° spazio intercostale. L'articolazione del ginocchio sinistro ed in seguito quella del piede corrispondente si gonfiarono sotto dolori violenti. Essendo la febbre molto forte, si stette in forse di ascrivere la tumidezza delle articolazioni all'assorbimento del pus. Sebbene la vita dell'inferma non fosse altamente minacciata, Kussmaul tuttavia tenne per indicata la toracocentesi, in causa della probabile septicoemia già iniziata, affine di prevenire un ulteriore intossicamento del sangue, il quale avrebbe consumate anche di più le forze dell'inferma. Tanto più si decise all'operazione, sebbene, stando all'esperienza, in una pleurite esistente da 5 settimane i sintomi inflammatori non siano ancora debellati, in quanto che alcuni mesi prima era stato consultato per un caso consimile, il quale ebbe un fine letale assai sollecito.

La puntura fu fatta nel 5.° spazio intercostale, nella linea ascellare, e non essendo molto cospicua la quantità del pus sortito, fu mantenuta aperta la ferita per mezzo di una minugia. Il polso e la respirazione dopo l'atto operatorio rimasero ancora frequenti, però la febbre e i dolori articolari diminuirono. Il pus assunse tosto natura sierosa e cattivo odore, ragione per cui si applicò un catetere elastico. L'affezione articolare pioemica svaniva quando il pus sgorgava, ritornava però se il pus si fermava. Per procurare un più facile scolo al cattivo pus, si dovette dilatare la ferita con un bistourì bottonato per circa 2", e si applicò un pezzo di una grossa sonda esofagea. Ripetute iniezioni di thè di camomilla con sottosolfato di soda poterono solo dopo lungo tempo rendere il pus di buona natura, e togliere i dolori articolari. Dopo quattro settimane queste iniezioni, che parvero un eccellente antisettico, si cangiarono colle iniezioni iodate, a buon diritto encomiate da Boinet (1 parte di iodio, 10 di ioduro di potassio, 100 di acqua). In seguito presentossi un deciso miglioramento, di guisa che la paziente potè essere licenziata come del tutto guarita, 4 mesi e mezzo dopo l'operazione.

Il trattamento chirurgico dell'empiema in questi casi deve sembrare giustificato, tanto più che, come insegna l'esperienza, l'assorbimento del pus conduce facilmente allo sviluppo del tubercolo. La paziente in discorso, la di cui madre era morta di tisi pulmonare, vi era assai predisposta.

Nei casi in cui esiste *un empiema necessitatis* la toracentesi è perfettamente indicata, e quasi sempre dà una prognosi favorevole.

Kussmaul fu consultato per un uomo, in cui circa sei mesi avanti erasi sviluppato uno spandimento marcioso nel lato destro, originato da una pleurite lenta. La percussione dava ottusità assoluta sull'apice del destro pulmone, sotto alla clavicola fino alla 6.ª costa suono pieno; l'ascoltazione, respiro bronchiale e qualche rantolo. Ciò è tanto più degno di rimarco, che si sarebbe indotti a credere, che già si fosse sviluppata una tubercolosi consecutiva. Nella metà inferiore del torace destro, arrivando fino a 5 pollici all'esterno della colonna vertebrale, offrivasi un tumore grosso quanto una mano, che al massimo protuberava sulla 11.ª costa, ed in basso perdevasi fin alla cresta dell'ileo. Il tumore, distintamente fluttuante, si abbassava nel mezzo sotto l'inspirazione, mentre nei più forti movimenti di espirazione era teso e prominente. Si spaccò il tumore per la lunghezza di 2", dopo di che sortì pus crasso ed inodoro. Per 14 giorni il pus sortì in uguale misura. Il tumore aveva esistito per sei settimane senza perforare le parti molli. Otto settimane dopo l'operazione il paziente, risanato, potè senza verun incomodo attendere ai propri affari. L'inspessimento della parte superiore del pulmone, riscontrato dalla percussione, era completamente scomparso.

Favorevole del pari fu il decorso in un uomo robusto, trentenne, in cui uno spandimento purulento, che esisteva da 4 settimane, si era cangiato in un empiema necessitatis. A questo s'aggiunse forte diarrea, esteso decubito, ascite, idro-

Digitized by Google

pe delle estremità inferiori e dimagrimento. — Allora si rese visibile un tumore, grosso quanto una mano, situato al lato sinistro della colonna vertebrale, che in alto si estendeva fino alla 10.ª costa e in basso fino alla cresta dell' ileo, il quale però non mostrava differenza di tensione sotto i movimenti respiratori. Il tumore fu inciso nell' undecimo spazio intercostale, 4″ distante dalla colonna vertebrale, in direzione delle coste, fino al latissimo del dorso, senza arrivare alla cavità purulenta. Poscia si impiantò un trequarti esplorativo obbliquamente dal basso in alto, attraverso l' undecimo spazio intercostale, e sortendone pus, allora sopra una sonda scanalata si dilatò il foro della puntura, finchè si potè sentire il sacco della pleura. Nella ferita si introdusse una striscia di tela. Dalla apertura, che fu tenuta aperta con un catetere elastico, sgorgò molto pus, con che l'infermo provò un sollievo rimarchevole. — Un giorno il paziente fu colto di nuovo da dispnea minacciosa. Si constatò a sinistra, in alto, un essudato pleuritico, il quale non era per nulla in connessione coll' inferiore. Anche qui era visibile distintamente all' altezza della papilla mammale fino alla linea ascellare una convessità, la quale faceva sospettare del principio di un empiema necessitatis di questa regione. I fenomeni a poco a poco scomparvero, lo stato dell' infermo divenne soddisfacente, ed egli guarì del tutto dopo 4 mesi.

A queste osservazioni va unito un numero di casi pubblicati parimenti da Kussmaul, i quali ebbero un decorso meno favorevole dei precedenti; tuttavia l' operazione nella maggior parte procurò agli infermi un manifesto sollievo. Sebbene in generale diano una buona prognosi i primi anni di vita, e fra le indicazioni per la toracocentesi siavi l'empiema necessitatis, pure si ha un' osservazione, in cui sotto queste, in apparenza, favorevoli circostanze, si ebbe nulladimeno un esito letale.

Trattavasi di un ragazzo, d'anni 7, con piotorace sinistro, il quale, stando all' anamnesi, si era sviluppato in modo acuto alcuni mesi prima della di lui ammissione nello spedale. Nella regione mammillare sinistra offrivasi un tumore fluttuante, il quale presentava la massima convessità 3 dita sotto la papilla mammale, non che sopra all'arco costale. Sotto violenti moti respiratori acquistava una tensione maggiore. Un' incisione nel tumore trasse fuori solo poco pus. La regione cardiaca veniva distintamente limitata, ed indicava a grande spandimento pericardiale. Pochissimo migliorò lo stato del paziente: insorse idrope generale, forte diarrea, a cui il paziente soccombette dopo un trattamento di 4 mesi.

Era palese che lo spandimento pericardiale si era formato soltanto dopo che l'essudazione purulenta e la febbre etica consecutiva all' assorbimento del pus avevano rovinata in grado massimo la salute del ragazzino. Se si avesse potuto operare l' empiema nel tempo in cui la costituzione del paziente non era tanto alterata, probabilmente si avrebbe potuto raggiungere un risultato migliore. Quando Louis e gli oppositori della toracocentesi sostengono, che una semplice pleurite non conduce mai a morte, ciò è giusto solo se non si ritengono come successioni di essa le complicazioni, che suscita così spesso la pleurite. Queste complicazioni per certo si possono non di rado impedire per mezzo della toracocentesi, praticata a tempo debito.

Ebbe del pari esito sfortunato un altro caso di empiema necessitatis, in un soggetto debole, d' anni 45, il quale, secondo quanto riferiva, aveva sofferto, negli anni antecedenti, di infiammazioni agli organi toracici, che in seguito lasciarono dei disordini del respiro. La cavità pleuritica sinistra era piena di pus; nella regione mammillare fino alla fossa ascellare si poteva riscontrare la fluttuazione, ed all' altezza della 5.ª costa trovavasi una tumefazione molto prominente, della grandezza di un uovo di piccione, pertugiata in più punti; inoltre le parti molli erano fortemente guaste e consunte. L' ascesso fu aperto, e fluì pus giallognolo: da ciò il paziente ritrasse alquanto sollievo. Dopo otto giorni il pus assunse natura icorosa, il cui cattivo odore non si perdette malgrado iniezioni antisettiche. Dopo due mesi il paziente, molto decaduto di forze, dovette soccombere. — La *sezione* svelò che la pleura era tramutata in una massa fibroso-callosa, ed in placche ossee per grande estensione. In simili casi l' operazione non può mai portare la guarigione, ma piuttosto accelerare il fine letale.

Un' altra osservazione è interessante per questo che nell' atto della puntura di un essudato pleuritico sinistro penetrò nella cavità toracica un abbondante quantità d' aria. Al paziente era già stata fatta altra puntura, colla quale si estrassero 400 centim. c. di un liquido torbido verdognolo, quando Kussmaul fu chiamato presso l' infermo, il quale si trovava in agonia. Malgrado ciò fu praticata una seconda puntura con un sottile trequarti, con cui sortirono 800 centim. c. di liquido sieroso. Ad ogni inspirazione penetrava molta aria per la cannula, mentre soltanto nella espirazione sgorgava il liquido. Poco tempo dopo successe la morte.

Quest'osservazione persuase Kussmaul, di non intrapprendere mai la puntura anche negli spandimenti considerevoli, senza l' apparecchio di Schuh, mentre per l' avanti portava opinione, che negli spandimenti eccessivi l' aria non fosse aspirata per la cannula. Nei casi antecedenti egli aveva osservato piuttosto, che nei primi momenti l' uscita del liquido è continua durante l'inspirazione, e l' espirazione; nell' inspirazione però

Digitized by Google

con corrente alquanto più debole: se per altro era sortita una rilevante quantità di fluido, allora era più prossimo il pericolo dell' entrata dell' aria.

Finalmente ricorderemo ancora che il Professor Kussmaul ha raccolti 300 casi di toracocentesi che in seguito saranno esposti statisticamente. Una raccolta tanto abbondante di osservazioni contribuirà molto a fare decidere questa importante quistione.

Mozer. — *Comunicazione di due casi di lesioni del cranio.* — Berlin. klin. Wochenschrift 1866, N. 15.

Fra parecchi casi di lesioni del cranio curate nella clinica chirurgica di Rostock, il Dottor Mozer ha creduto che il seguente, pel suo principio e per il suo corso, offrisse punti abbastanza interessanti, da meritare di esser reso di pubblica ragione.

Carlo W. sarto, d' anni 30, in un giorno di mercato riportò un colpo sul cranio, dato con tutta la forza, e con una clava molto pesante e nodosa nella sua estremità. Egli cadde subito al suolo, ed un chirurgo chiamato a visitarlo, lo trovò privo di conoscenza. Secondo la deposizione di questo sull' esame fatto sul luogo, si presentarono violenti convellimenti muscolari, specialmente premendo sulla parte lesa. Dopo trascorso qualche tempo il ferito ritornò gradatamente in sè, e con l'aiuto di due persone che lo sorreggevano, si recò a piedi senza grave incomodo nel nostro ospedale, posto a non lieve distanza. Nell' esame, che fu intrappreso circa 4 ore dopo riportata la lesione, si osservò sul punto percosso, in corrispondenza dell' osso parietale sinistro, un gonfiore di figura rotonda, della grandezza del palmo della mano, poco prominente e molto teso, che poco cedeva alla pressione, e che non lasciava riconoscere nel suo fondo alcuna resistenza ossea nè dalla sua periferia liscia era sensibile alcun margine osseo. La cute sopra questo tumore era perfettamente intatta, e le piccole ecchimosi, che si vedevano qua e là non svelavano al certo la forza terribile, che aveva agito su questo punto. — Le palpebre dell' occhio sinistro, massime la superiore, sono suffuse di sangue ed intumidite sino alla grandezza di una piccola mela; esse ricoprono completamente il bulbo dell' occhio, e per la loro forte tensione impediscono di vederlo, quando si prova a sollevarle. Anche in esse e nel margine sopraorbitale non si riconosce alcuna traccia di lesione esterna. L'angolo sinistro della bocca sta più basso del destro, l'ugola devia verso destra, e la lingua, che il malato sporge tardamente e tremolante, devia verso sinistra. Il sensorio non è affatto turbato, ma però esiste afasia. Dopo ricevuto nello spedale il malato ha vomitato più volte, il che secondo le deposizioni di quelli che l' accompagnavano, era già avvenuto ripetutamente dopo riportata la lesione. Non esistono fenomeni di paralisi nelle estremità, l'orina viene emessa spontaneamente.

Non era ancora verificabile a colpo d' occhio nel punto leso, alcun indizio evidente di una frattura del cranio, però parlavano in favore di ciò ed indubitatamente i fenomeni concomitanti. L'edema sanguigno delle palpebre, senza alcuna ferita esterna dimostrabile, doveva di già far sospettare la frattura del cranio, oltre ciò calcolando l' evidente paralisi facciale, l' esistente afasia, i vomiti che frequentemente si ripetevano, e la grande dolorabilità della parte lesa ad ogni più piccolo contatto, si poteva ritenere la diagnosi come abbastanza assicurata. In quale estensione esistesse la frattura, non poteva arguirsi a motivo del considerevole estravasato, però era da attendersi di riconoscerlo dopo il riassorbimento di esso.

In questo caso era sopra ogni altra cosa interessante l' esistente *afasia.* — Come è noto, fu essa per primo da Broca collegata con alterazioni di diverso genere concernenti la 3.ª circonvoluzione cerebrale del lobo anteriore sinistro; dopo lui fu anche da altri confermata la sua opinione mercè numerose autopsie, in cui il più frequente reperto era formato da cisti o stravasi sanguigni nella 3.ª circonvoluzione od in massima vicinanza di essa. — Nel nostro caso il punto esterno della lesione si accordava con la presenza di un tale sintoma, ed appariva non inverosimile una affezione diretta della relativa parte del cervello per uno stravaso sanguigno, forse cagionato dalle scheggie ossee.

Nel corso della giornata ed anche nella seguente l' infermo è stato ancora molto inquieto, ed ha vomitato parecchie volte. Non sono sopravvenuti segni di paralisi nelle estremità, e l'orina ha potuto essere emessa spontaneamente. Lo stravaso sanguigno sulle palpebre sembra in diminuzione, od almeno si possono sollevare in modo, da vedere una parte della cornea intatta. Nel corso del 2.° giorno compaiono nel contorno e nella palpebra superiore dell' occhio destro numerose echimosi strette ed a forma di striscie. La paralisi facciale è più evidentemente spiccata. Temp. 38; puls. 92. — Nel 3.° giorno è sopravvenuto un deciso miglioramento. Il malato è per lo più sonnacchioso, ma però si risveglia facilmente, si mostra molto esatto nel ricordarsi delle cose precedenti, e può già, benchè con grave fatica, pronunciare chiaramente alcune parole. Il tumore palpebrale è in notevole diminuzione, ed ora si vede sporgere tra le palpebre la congiuntiva bulbare, parimenti ecchimo-

Digitized by Google

sata, a guisa di un turacciolo: lo stravaso nell'altro occhio è alquanto aumentato. Nel punto della lesione è scemato di tanto il gonfiore, che si può chiaramente riconoscere una considerevole depressione delle ossa del cranio, ed in alcuni punti il margine osseo acuto. Sono cessati i sintomi di febbre moderata, che erano sopravvenuti nel primo giorno. Il polso è disceso a 60. Nel 11.° giorno il tumore è svanito completamente, ed ora può riconoscersi con evidenza l'enorme lesione delle ossa. Già a prima vista si nota un notevole appianamento della metà sinistra del cranio, e con un'osservazione più attenta si riconosce un'evidente depressione, che per la grandezza del palmo di una mano si estende dalla regione della tuberosità parietale, verso il dinanzi, sino all'osso frontale. Nel suo contorno, e specialmente nella sua periferia interna, sporgono i margini ossei acuti verso gli involucri del cranio, e nella sua parte avvallata, che in un punto sta bassa ½ pollice, è sensibile tutta la porzione ossea depressa. La depressione ha una figura presso che rotonda, e dalla regione della bozza parietale sino all'osso frontale, misura 8 centim. Dall'alto al basso l'estensione non ne è considerevole, nè può determinarsi con esattezza, poichè la depressione si viene appianando gradatamente verso l'osso temporale. Non ostante questa notevole ampiezza della lesione, che comprendeva in sè una parte degli ossi frontale e parietale, e forse anche la parte superiore della squama del temporale, e la grande ala dello sfenoide, la guarigione del malato procedette perfettamente, e dopo cinque settimane partì guarito dall'ospedale. — Non si sentivano masse callose nel punto depresso. — Era un piccolo incomodo pel malato la temporanea sopravvenienza della diplopia, la quale trovavasi in connessione con un moderato esoftalmo: questo era condizionato da una massa callosa della grandezza di una nocciola, che si sentiva bene dal di fuori, e che prendeva origine nella superficie inferiore della parete orbitale, il che riusciva una prova diretta di una fessura che era giunta sino nel cavo orbitale. Un esame oftalmoscopico, intrapreso dal Prof. Zehender, diede un risultato negativo. Le alterazioni afasiche, che, quando fu ricevuto il malato, erano tali da non permettergli di pronunziare alcuna parola, svanirono a poco a poco, ed in modo che quando l'infermo uscì dall'ospedale, poteva esprimersi con un discorso interamente connesso, benchè talora alquanto stentato.

Il trattamento a cui fu assoggettato l'infermo, si restrinse a tre punti essenziali: riposo assoluto, dieta rigorosa, ed energica cura col ghiaccio L'indicazione per una possibile trapanazione, e consecutiva elevazione dell'osso depresso, non fu confermata pel motivo, che fortunatamente cessarono i più gravi sintomi cerebrali.

Al caso narrato, in cui si trattava di lesione recente del cranio, Mozer fa seguire la comunicazione del seguente caso di lesione antica, le cui conseguenze, dopo avere esistito per più anni, furono quasi completamente rimosse mercè una semplice operazione.

Fritz B. capitano di vascello, nell'età di 31 anno, in un assalto, datogli 7 anni innanzi dai pirati chinesi, ebbe un colpo di pistola nella fronte, alla distanza di pochi passi: 24 ore dopo riportata la ferita, nel qual tempo era rimasto sempre privo di coscienza, fu recato in un ospedale inglese in Hongkong. — Secondo il detto del medico di quell'ospedale, e secondo quanto narra il malato, esisteva una ferita piccola e rotonda, che attraversava l'osso frontale quasi nel mezzo della fronte: la ricerca del proiettile riuscì infruttuosa, ed il malato si ebbe la poca consolante assicurazione, di avere infissa una palla nel cervello. La metà sinistra del corpo era completamente paralizzata, e la favella, benchè non totalmente abolita, era molto difficile ed oscura. Durante la permanenza di nove settimane nell'ospedale inglese, la ferita del cranio guarì completamente, e gli altri sintomi migliorarono di tanto, che il malato potè imbarcarsi per Rotterdam. La cura continuata per un anno nell'ospedale di questa città arrecò pochissimo utile, ed il malato si vide infine costretto, per procurare i mezzi di sussistenza a sè ed ai suoi, ad abbandonare il suo primo mestiere, ed a cercare una nuova occupazione. Egli ritornò nella sua patria, apprese il mestiere di funaiolo, e vi attese mediocremente bene per parecchi anni. Circa al Natale dell'anno scorso si presentarono per la prima volta violenti dolori di capo con vertigini, e sembrava che fossero in aumento i sintomi di paralisi del lato destro. Il trattamento di parecchie settimane con la corrente costante, il riposo e le necessarie cure migliorarono essenzialmente le sue sofferenze. Più che a motivo delle conseguenze della sua ferita, il malato fu ricevuto nella clinica chirurgica, per un eczema ostinato delle coscie.

In quest'uomo di media grandezza e di robusta complessione, si scorgeva una cicatrice rotonda della grandezza di un grosso, in corrispondenza dell'osso frontale, alquanto a destra della linea mediana, 2 ½ centim. al disopra del sopracciglio, e che era conseguenza della ferita da arma da fuoco riportata nei mari della China. Il tessuto della cicatrice era concresciuto solidamente con l'osso; con un'osservazione più esatta si vedeva nel mezzo della cicatrice una piccola prominenza; e con la palpazione fatta in quel punto, si sentiva scivolare il dito sopra un corpo duro e liscio, della grandezza presso a poco di un pisello. Ciò era stato veduto e sentito più volte prima della sua ammissione nell'ospedale, e la congettura allora espressa che quivi potesse trovarsi la palla, era rimasta inosservata. Il Professor

Digitized by Google

Hueter vedeva il malato per la prima volta, e di già dopo il primo esame inclinò a credere, che la prominenza fosse dovuta alla palla di pistola, o forse anche ad un frammento di essa. Non poteva in genere attendersi la presenza di una grossa palla, perchè contro ciò stava la deposizione del medico inglese, il quale aveva constatata la ristrettezza della ferita prodotta dal colpo, e inoltre perchè il malato raccontava, che i pirati erano tutti armati di revolver, la cui palla era della grandezza di un buon pisello. — Esisteva nel malato una semi-paresi del lato sinistro; nel camminare si trascinava dietro il piede sinistro, poteva muoversi soltanto sopra un terreno eguale, e saliva le scale solo con l'appoggio di qualcuno, il braccio sinistro si sollevava solo a stento e con pause, la pressione della mano si sentiva molto debole, mentre con la mano destra poteva esercitare una pressione straordinariamente forte. I diti stavano semi-flessi nell'articolazione falango-metacarpiana, e si muovevano solo debolmente ma però l'infermo potea tenere facilmente gli oggetti. — Ultimamente i sintomi cerebrali si erano ripresentati con novella intensità, tendenza al vomito e temporanee contrazioni dei muscoli degli arti sinistri. Se la prominenza sull'osso frontale era realmente costituita dalla palla, si potevano naturalmente collegare i fenomeni cerebrali ad un'irritazione locale prodotta da essa su questo punto, ed era da aspettarsi, che col togliere la palla ne dovesse seguire se non una guarigione, almeno un sensibile miglioramento. Se poi, tentando di estrarre la palla, si fosse chiarito un errore di diagnosi, la suppurazione del punto aperto avrebbe pure recato qualche utile, allo stesso modo degli emuntori, che con indubitato successo vengono instituiti in altri punti del corpo. In vista di queste riflessioni si passò all' atto operativo. La prima incisione confermò l'avuta speranza, poichè si vide il color grigio del piombo. Fu distaccato il pericranio dall'osso, e mercè lo scalpello ed il martello fu tolto via un frammento di palla grande all'incirca come mezzo pisello. All'intorno erano ancora fissati 6-7 piccoli pezzi di piombo, per togliere i quali, fu mestieri di asportarvi insieme una piccola lamina ossea. L'insieme del piombo estratto poteva valutarsi della grandezza di un pisello.

I primi due giorni dopo l'operazione il malato provò violenti dolori nella ferita. Non venne affatto febbre, nè vomito, ma solo qualche volta un poco di nausea. Nel terzo giorno erano cessati questi incomodi, ma però insieme erano svaniti come per incanto anche quelli che aveva dapprima. La ferita della fronte suppurò molto, e 14 giorni dopo l'operazione era quasi chiusa, in modo che la sonda in un punto solo giungeva sino all' osso denudato. Lo stato generale dell'infermo è ora abbastanza soddisfacente. La sua disposizione di animo, prima malinconica, è diventata serena ed allegra, dappoichè ritiene possibile la sua completa guarigione. Sorprendente è il miglioramento sopravvenuto nella motilità del braccio paralizzato; esso vien sollevato con la più grande facilità e con tutta la forza. La pressione della mano è più forte, benchè ancora debole in confronto di quella del lato sano. Nelle estremità inferiori si verificano meno evidentemente i sintomi di miglioramento, però il malato dopo 4 settimane cammina con molta maggiore facilità di prima, è capace di salire le scale da solo, e benchè l'andatura sia alquanto strisciante, pure non è più così impacciato come lo era prima.

Routh. — *Sulla cura del carcinoma epiteliale del collo e della cavità dell'utero.* (Obstetr. Transact. VIII. p. 290, 1867). Schmidt's Jahrbücher, N. 4, 1868.

1.° *Caso.* — M. A. P. d'anni 39, la di cui madre era morta di cancro, ed essa era stata afflitta da molti cordogli, fino dal 1851 non di rado era assalita da emorragie e da forti dolori al ventre e all'osso sacro. Durante il coito col suo secondo marito talvolta risentiva dolore, il che mai avvenne col primo.

La paziente era molto magra e attorno ad essa esalavasi a distanza un odore carcinomatoso. Aveva di continuo uno scolo sanguigno-purulento; dalla bocca uterina sporgevano delle masse epiteliali fungoidi, grandi come un uovo di pollo, le quali davano sangue al tocco il più leggero e facilmente si staccavano. L'utero era grosso e pesante ed aveva perduto della sua mobilità.

Asportato l'epitelioma, e fermata l'emorragia col ferro rovente, l'escara cangrenosa si staccò dopo 4-5 giorni e rimase uno scolo contenente poco sangue, purulento, assai fetido, che fu trattato con docciature frequenti. Dopo il completo distacco della crosta gangrenosa si cominciò *il trattamento col bromo.* Una mescolanza di 5 goccie di bromo puro e di goccie 50 di alcool fu applicata sulla faccia anteriore d'una striscia di tela, e questa fu mantenuta per 48 ore contro la superficie inferma mediante un tampone di tela. Questa non produsse dolore alcuno, però l'inferma provò sensazioni particolari in tutto il corpo. Tolta la medicatura sentivasi un poco di odore, la superficie dell'utero era coperta da una crosta di tessuto compatto, di color cinereo, e la cauterizzazione sembrava essersi prolungata un poco da un lato, e che avesse cauterizzata la vagina. Non eravi però emorragia. Furono applicate delle docciature tiepide e nella notte un cataplasma caldo-umido. Il secondo pezzo gangre-

Digitized by Google

nato sortì dopo circa una settimana e lasciò una cavità d'aspetto apparentemente sano, però sanguinante con molta facilità. L'odore cattivo era svanito. Durante il trattamento con glicerolato di tannino si stabilì una secrezione abbondante, ma inodora. La medicatura interna consistette in $^1/_{16}$ di grano di ioduro d'arsenico con 3 grani d'estratto di conio maculato, il quale fu sospeso per alcuni giorni, in causa di dolore al capo. Sotto questo trattamento, la donna acquistò un migliore aspetto ed erano scomparse le rughe della regione del pube.

Non essendo la piaga ancora guarita in due luoghi, di nuovo venne applicata una soluzione di 19 goccie di bromo in 50 goccie di alcole, per 48 ore, e l'escara fu trattata come l'altra volta. La cavità rimasta, qua e là di aspetto buono, si era riempita di granulazioni facilmente sanguinanti, che furono trattate con tannino e nitrato d'argento.

L'inferma dopo essere stata in cura per due mesi, ed avendo eziandio acquistato un colorito sano alla cute fu sottoposta ad esame anche una volta a motivo della sortita incidentale d'alcuni turaccioli sanguigni dell'utero. La cervice mostrossi coperta di mucosa sana, all'incontro trovossi ammalata la 4.ª parte della mucosa tapezzante la cavità; appena colla *curette* si raschiò la cavità dell'utero sortirono lembi mucosa la cui parte superiore era sana, l'inferiore però affetta da epitelioma. Per distruggere quest'ultima porzione, l'autore foggiò un pezzetto di legno sulla forma della cavità uterina, lo vestì di ovatta; inzuppò la metà superiore in una soluzione di carbonato di soda, l'inferiore in una soluzione di bromo e lo portò nell'utero, ove fu tenuto in sito mediante un tampone. Però, durante la notte, avendolo espulso le contrazioni uterine, in oltre essendosi presentata diarrea, non si potè adoprarlo di nuovo che dopo 14 giorni ed allora si lasciò in sito per 48 ore. Estratto il turacciolo di legno, si vide nella cavità uterina l'escara di color di cenere, e sotto di essa una località infiammata, facilmente sanguinante, la quale fu trattata con una soluzione (10 goccie in 50) di bromo nella glicerina. Questa miscela però non aveva per alcun modo l'attività della soluzione spiritosa, di modo che si dovette ripetere la manovra con quest'ultima. Di quando in quando le granulazioni venivano spennellate con soluzione di bromo e fu usata la docciatura di tannino. Frattanto l'inferma aveva guadagnato nella nutrizione e nelle forze, e abbandonò lo spedale in piena salute, con utero facilmente mobile e colla mucosa perfettamente sana dopo d'essere stata in cura 6 mesi.

2.° *Caso.* — C. d'anni 44 madre di 12 figli, sempre sana fino all'ultimo parto, aveva da allora in poi sofferto di scolo fetidissimo. Al momento dell'ammissione, la paziente aveva un aspetto assai cattivo; era pallida, giallognola, molto dimagrita, spandeva attorno a sè odore ingrato, e l'esame offrì i dati seguenti: le parti genitali esterne flacide e rugose; nella bocca dell'utero una massa carcinomatosa della grossezza d'un arancio, simile a un cavolo-fiore, facilmente lacerabile, che dava sangue con facilità: l'utero mobile. Quella massa fu asportata coll'ecraseur, senza considerevole emorragia, il 26 Gennaio 1860 e solo verso il termine dell'operazione s'incontrò una qualche resistenza. Quindi fu amministrato ioduro d'arsenico e cicuta, e dopo alcuni giorni la soluzione di bromo localmente, in seguito di che prima si staccò la crosta e poscia presentaronsi granulazioni sane. Però nello introdurre la sonda nell'utero, essendo nata una profusa emorragia, ed all'inspezione, vedutesi alcune granulazioni che si estendevano in alto nella cavità per $^1/_2''$, questa fu pulita, raschiando colla *curette*. La mucosa nel fondo appariva sana. Fu applicato un turacciolo di legno simile a quello utilizzato nel 1.° caso e fu mantenuto per 48 ore nell'utero. In seguito di ciò si staccò la porzione carcinomatosa sotto l'uso di docciature tiepide, e da allora in poi migliorò l'aspetto ed il benessere. Alcune granulazioni solitarie richiesero ancora le spennellature con soluzione di bromo. La paziente però potè essere licenziata colla mucosa sana ai 2 di Aprile e da quel tempo è robusta e di ottimo aspetto.

Nella epicrisi, fa notare come degno di rimarco, il miglioramento immediato e distinto dello stato generale, in seguito del trattamento col bromo, quale non vide mai sotto l'uso frequente del coltello e degli altri caustici. Sembra che il bromo non migliori solo localmente la malattia ma anche la cachessia, che l'accompagna. Il modo di comportarsi delle parti sessuali esterne fu così spiccato, che se ne può paragonare l'azione alla cura specifica della sifilide. In oltre l'autore richiama l'attenzione sulla profondità, fino cui il caustico penetra le parti cancerose, mentre la vitalità delle parti non ammalate, rimane per ciò eccitata soltanto ad un'attività riparatrice aumentata. Anche in un caso, in cui tutto l'utero era preso da cancro e non sussisteva presunzione alcuna di gravidanza, lo stato generale migliorò a modo, che nell'inferma si risvegliarono false speranze. Essa abbandonò lo spedale molto più robusta, colla cavità uterina grande a sufficienza da lasciar passare il dito, e coperta di granulazioni sane. Frattanto l'autore non ha saputo più nulla sul di lei conto.

Il *bromo* è un caustico potente, non però senza pericolo. Non solo richiede circospezione nell'applicarlo alle inferme, ma anche nel modo di prepararlo. È noto quanto sia piccante il suo vapore, anzi nel mescolarlo coll'alcool, può nascerne esplosione, se la miscela non viene fatta a poco a poco.

Digitized by Google

L'autore stesso corse grande pericolo per una tale evenienza. Un giorno dopo aver messo con un *conta-goccie* in un bicchierino 10 goccie di bromo ed aggiunte 50 goccie dl spirito, si sviluppò un calore considerevole, e mentre, egli stava osservando, il liquido sbalzò fuori dal vaso, nel che quasi gli saltò sulla faccia e negli occhi. Anche i vapori sviluppatisi agivano sì acutamente sugli occhi e sui pulmoni, che dovette abbandonare la camera. Dopo la mescolanza, essendo il liquido molto fluido, così deve essere conservato od in vetri con tappo smerigliato, od anche meglio essere preparato immediatamente prima di usarlo.

La soluzione spiritosa, stando all' esperienza dell'autore, agisce più fortemente della mescolanza colla glicerina, la quale per certo fissa meglio il bromo. Frattanto la fluidità della miscela spiritosa dovrebbe renderla capace di meglio inzuppare i tessuti infermi: però potendo essa cauterizzare in seguito anche la vagina, così è essenziale di introdurvi dell'ovatta inzuppata con soluzione di carbonato di potassa.

L'*arsenico*, dal quale l'autore vide buoni effetti in parecchi cancri, è un buon ausigliario del bromo. L'autore lo dà più volontieri in sostanza, e viene sopportato in grandi dosi. Imperocchè sembra, che venga assimilato solo a poco a poco nel suo discendere pel tratto intestinale, e che non ecciti negli occhi e nello stomaco quei disordini, che si osservano sotto l'uso delle soluzioni arsenicali. Un uomo affetto da psoriasi palmare, la quale malattia non cedeva a nessun trattamento, fuorchè agli arsenicali, ammalò nella forma solita per la soluzione d'arsenico, mentre in seguito, ogni giorno potè prenderlo in forma solida a grani 1 1/4 e potè continuarne l'uso per sette anni, con che fu sanato della ostinata, anzi ereditaria malattia. L'aggiunta della cicuta ha lo scopo soltanto di calmare, e venne usata dall'autore principalmente perchè gode gran fama contro il cancro.

Finalmente fa notare, che il metodo descritto fu usato dapprima dal Dott. Wynn Williams con successo in un ulcere canceroso della faccia, quantunque nel suo caso le glandule non sembrassero libere dalla malattia. Williams preparava la sua miscela con 2 goccie di bromo ed 1 dramma di alcool.

Il Dott. Williams, nella discussione impegnatasi nella società ostetrica, in seguito a questo argomento, fece avvertire, che nel suo caso esisteva un cancro del labbro inferiore, di cui le parti molli erano state distrutte quasi affatto. Tutte le parti della piaga ove si potè applicare la soluzione di bromo guarirono a modo, che tutta la superficie a poco a poco, da un orecchio all'altro si rivestì di cute. L'infermo nulladimeno morì per affezione delle glandule limitrofe. Già da 10 anni Williams applica la soluzione di bromo, di differente forza, sulle ulceri cancerose ed anche con buon successo. Del resto il vantaggio del bromo non consiste nella sua proprietà caustica, bensì specialmente nella proprietà disinfettante. I pazienti di aspetto macilento, cachetico, peculiare al cancro aperto, dopo breve uso del bromo si mostrano nel loro esteriore essenzialmente migliorati, il che Williams ascrive all'azione disinfettante di esso. Per mezzo dell'ossigene si unisce ai gas fetenti, che sgorgano dalla piaga, i quali inspirati suscitano i sintomi indicati. Sembra eziandio che il bromo possegga sugli altri rimedi il vantaggio, di agire con maggior forza sui tessuti malati di quello che sui sani. Strano gli appare, che il bromo, di cui iniettò un giorno, una forte soluzione di 10 goccie in 20 di alcool nella parte posteriore della coscia d'un cane cloroformizzato, non producesse verun'altra azione fuori, che l'animale gemeva sotto l'iniezione e per 2-3 giorni riportò una tumefazione moderata dell'arto. Assieme alla cura esterna col bromo egli fece prendere internamente più volte il bromuro di ferro però senza speciali risultati.

Roger fece rimarcare che certamente col bromo si produce un miglioramento manifesto della località e del generale, però che puossi raggiungere una guarigione reale della malattia solo quando si ponno toccare col caustico tutte le località malate.

Routh rimarcò eziandio, che quasi tutte le produzioni cancerose, che egli asportò col coltello o coll'écraseur, si erano riprodotte, mentre il trattamento col bromo supplisce a tutti gli strumenti; di più sotto la di lui influenza la cachessia la più avanzata si cangia in robusta sanità.

Beveridge. — *Sopra un caso di malattia del ponte del varolio.* — Gior. di Med. Far. ecc. Militare, 16, 17, 18, 1869.

Negli sforzi, che noi facciamo, per determinare le funzioni delle varie parti del sistema nervoso, osservazioni più fedeli non possono essere fatte nell'uomo di quelle, in cui la malattia è localizzata ad un punto limitato, stantechè le funzioni così turbate indicano quelle naturalmente che la compiono: come contribuzione a questa materia riferiamo il caso che segue:

I. I. lavorante, della età di anni 23, godette perfetta salute fino alla metà del mese di Settembre 1864, quando egli incominciò a veder doppio e a barcollare camminando. Avendo questi sintomi preso aumento, egli divenne tosto incapace al lavoro e fu ammesso il 28 Settembre nella Infermeria Reale. Dopo la di lui ammissione, la paralisi parziale ebbe rapidi aumenti, e alla metà di Ottobre il paziente presentava i seguenti sintomi:

Digitized by Google

- impossibilità alla deambulazione senza aiuto; impossibilità di articolare parole distintamente; considerabile difficoltà della deglutizione; abolizione non assoluta, ma diminuzione considerabilissima del potere volitivo sul lato sinistro del corpo e della faccia; lieve indebolimento del potere volitivo sul lato destro del corpo; sensibile strabismo interno dell'occhio sinistro, il quale può con difficoltà essere portato in guisa da guardare in dirittura, ma che non può sotto qualsiasi sforzo guardare all'esterno. La visione è perfettamente distinta e giusta coll'uno e coll'altro occhio, ma lo strabismo interno produsse da prima la diplopia, che per del tempo recò molestia. Il paziente avverte un leggero tocco colla mano ed il pizzico dovunque, ma meno distintamente sul lato destro di quello che sul lato sinistro, mentre afferma di provare del torpore nel lato destro del corpo e della faccia. Normali si presentano le facoltà della mente. Lo stato dell'udito non fu fatto soggetto di esame fino al 20 Novembre, in cui si riconobbe la sordità dell'orecchio destro, l'individuo narrando di aver notato che la sordità in quel lato aveva subìto graduati progressi per alcuni mesi. Alla fine del mese di Novembre, i sintomi erano aumentati d'intensità, ma nel carattere loro non modificati. Il potere volitivo sui muscoli in niun luogo era compiutamente abolito, ma mostravasi molto più alterato sul lato sinistro di quello che sul lato destro, frattanto che la perdita della sensazione era maggiore sul lato destro. La respirazione si mantenne sempre regolarmente, ma il paziente invitato a respirare profondamente nol poteva anche coi più grandi sforzi. La morte avvenne il 1.° Dicembre.

Autossia 2 Dicembre. — Cervello del peso di 54 oncie; vene cerebrali leggermente congestionate; aracnoide opalescente in alcuni punti leggermente; normale la sostanza degli emisferi; ventricoli contenenti limpido siero, ma non da questo distesi; fina iniezione dei plessi coroidei, condizione marcatissima nel corno inferiore del ventricolo. I cordoni midollari, il corpo calloso, l'ippocampo, il corpo frangiato e la tenia semicircolare duri e fortemente marcati. Il corpo striato, i talami ottici, i corpi quadrigemini e la glandula pineale in istato fisiologico. Normale il cervelletto. Il ponte più grande dell'ordinario, alquanto lobulato sulla superficie anteriore, la parte inferiore del quale verso la della midolla allungata, presentava un'apparenza gelatinosa. Facendo una sezione, le fibre della parte inferiore apparivano molto indistinte ed in gran parte rimpiazzate da una massa, molle, di aspetto semi-gelatinoso (cancro molle) senza limiti definiti, molto più abbondante a destra, ma esistente in ambedue i lati, non estesa alla midolla allungata, marcatissima nella metà inferiore del ponte, estesa, quasi trasversalmente al ponte dal davanti all'indietro sul destro lato, ma limitata al davanti di esso sul lato sinistro, rimpiazzante intieramente le fibre trasverse e fino ad una grande estensione ancora (sebbene non completamente nell'uno e nell'altro lato) le fibre verticali; presentava al microscopio l'apparenza di una massa di cellule minute in generale ovali, nucleate, miste a pochissimi tubi nervei, senza corpuscoli essudativi e senza cellule nervee, non formante un vero tumore ma una infiltrazione di tessuto. Da questo prodotto morboso trovavasi compresa la origine del quinto nervo destro nel ponte, come pure quella del nervo auditivo destro. La midolla allungata trovavasi in istato fisiologico. I polmoni erano in preda a congestione ed edema, massime nelle parti posteriori, grossi, voluminosi e riempivano intieramente i lati del petto, senza cadere in collasso all'apertura di questo, il destro pesando 34 oncie, il sinistro 25. Il cuore alquanto aumentato di volume pesava 12 oncie e mezzo. Il pericardio era aderente colla parte anteriore del ventricolo destro per mezzo di molli legami, che si estendevano dall'apice alla origine dell'arteria polmonare. Il ventricolo sinistro nelle sue pareti era ispessito; l'endocardo dell'orecchietta sinistra spesso ed opaco; quello dei ventricoli bianco a piccole macchie, ispessite, ma flessibili ed apparentemente sufficienti le valvule aortiche e mitrale; incipienti vegetazioni fibrinose si vedevano sulla superficie interna della valvula mitrale vicino alla sua base. I visceri addominali erano in istato normale.

Questo caso è d'importanza grandissima sotto il punto di vista fisiologico, tanto più che la malattia correndo a modo lento, i sintomi erano limitati al turbamento di funzione del ponte stesso, e mancavano quelle complicanze e successioni morbose che avvengono nel caso di apoplessia o altra simile malattia. Fermo come è il ponte, per così dire, nella grande via delle impressioni, che vanno e vengono dai grandi centri nervosi del cervello, le affezioni di esso si può credere che mostrino i risultati di separazione di quei centri dal cordone e de'suoi nervi che stanno al di sotto. Conseguentemente in questo caso tutto pareva mostrare che il cordone di sotto ed il cervello di sopra erano intatti, lo stato continuamente normale della respirazione e dell'azione muscolare delle pareti toraciche e addominali e dei visceri mostrando integra la midolla allungata ed integro il cordone, mentre la piena conservazione delle facoltà mentali dimostravano inalterata l'azione del cervello; ma la perdita parziale della sensazione e del moto volontario additavano ad evidenza una interruzione nei mezzi di trasmissione delle impressioni sensorie interne e degli impulsi esteriori del movimento volontario. Il punto di prima importanza è di mostrare le parti del ponte, che quelli rispettivamente trasmettono: le indi-

Digitized by Google

cazioni, che seguono, possono servire a mettere in luce i punti salienti del caso.

Parte Destra	Parte Sinistra
Distruzione quasi completa del ponte.	Distruzione parziale limitata alla parte anteriore.
Sintomi.	
Movimento volontario del corpo e della faccia leggermente affetto. Movimenti dell'occhio perfetti. Visione perfetta. Sordità. La sensibilità del corpo e della faccia dovunque alterata, con senso di stupore.	Movimento volontario del corpo e della faccia quasi perduto. Strabismo interno. Visione perfetta. Udito perfetto. Sensibilità quasi perfetta.

A questi sintomi si può aggiungere, sebbene la localizzazione loro in un lato non fosse tanto evidente, la perdita parziale dell'articolazione e deglutizione, e la perdita della respirazione volontaria (cioè forzata). Supposto che il lato del ponte principalmente offeso corrispondesse al lato del corpo principalmente affetto, apparirebbe che la distruzione del lato destro del ponte cagionerebbe l'anestesia della faccia e del corpo sul lato destro, e la paralisi di moto della faccia e del corpo sul lato sinistro; mentre l'affezione parziale del lato sinistro del ponte, principalmente nella parte anteriore, produrrebbe parziale turbamento di moto sul lato destro, ma lascierebbe quasi integra la sensazione del lato sinistro, sembrando così indicare che la via delle impressioni di moto è principalmente verso la parte anteriore e quella delle impressioni di senso verso la parte posteriore del ponte. I primi quattro nervi cerebrali non erano in alcun modo lesi, circostanza abbastanza intelligibile, essendochè la origine di essi sia al di sopra del ponte; ma gli altri dal quinto in là mostravano alterata l'azione, per quanto concerne il loro rapporto col senso e colla volizione, sebbene le funzioni reflesse portate a traverso di essi in niun grado apparissero turbate. L'incrociamento delle impressioni da uno all'altro lato in corso di trasmissione è un punto di grande importanza. Brown-Sequard sostiene che nel ponte il settimo o la porzione dura dei due lati sono in qualche modo incrociati, e questo caso appoggia questa opinione, poichè l'insieme delle impressioni di moto, quelle connesse colla faccia e quelle connesse col corpo in generale, era qui incrociato. Oltre a ciò gli esperimenti di Brown-Sequard sembrano dimostrare che nel cordone le impressioni di senso sono incrociate al punto o presso al punto loro di entrata e sono trasmesse al lato opposto. Questo caso pertanto dimostra che tale non è la loro posizione nel ponte; di tal che ammesso, che siano giuste le osservazioni di Brown-Sequard, dobbiamo conchiudere che al ponte o presso il ponte s'incrociano le impressioni di senso e di moto, quelle di moto passando nel lato opposto da quello in cui esse ebbero origine, mentre quelle di senso ritornano di nuovo al loro proprio lato. A dir breve la differenza di sede di quelle nel ponte e nel cordone sarebbe rispettivamente così indicata. La distruzione di un lato del cordone produce paralisi dell'istesso lato ed anestesia del lato opposto, mentre la distruzione di un lato del ponte produce paralisi del lato opposto ed anestesia del lato opposto.

Billroth. — *Sull' influenza del genio epidemico, sul decorso di alcune malattie chirurgiche.* — Gior. di Med., Farm. ecc. Militare, 16, 17, 18, 1869.

Nell'ultima settimana abbiamo avuto su molti operati esiti infelici e quali non ci saremmo mai aspettati, non ostante che le operazioni fossero state praticate colla più scrupolosa esattezza.

Così ebbimo due estirpazioni di cancro alla mammella, in uno dei quali soppravvenne poco dopo l'operazione un rammollimento di tutto il tessuto come pure del trombo delle vene ascellare e toracica. La ferita segregava un pus fetente e l'ammalata morì in seguito a copiosa emorragia che ad onta dei ripetuti tamponamenti si rinnovava di continuo.

Ebbimo egualmente infausto esito in un ragazzo sul quale abbiamo praticata la resezione dell'articolazione ileo-femorale destra; egli morì per una profusa osteomielite.

Riguardo a questo improvviso succedersi di sfavorevoli esiti si usava nei tempi scorsi vederne la causa nel genio epidemico che prendeva dominio nella sala di chirurgia ed a quest'ultimo venivano attribuiti tutti i mali, piuttosto che alle igieniche condizioni dello spedale.

Io confesso di non credere menomamente all'esistenza del genio epidemico nè alla tendenza delle piaghe alla guarigione: tutto ciò io ritengo quali mere illusioni e credo ancora che molto di ciò che usasi comunemente riferire al genio epidemico, non voglia esser riguardato come tale; se noi esamineremo la cosa un po' più da vicino perverremo a risultati tali a cui un'osservazione superficiale non ci avrebbe mai condotti.

Se vi fosse un genio epidemico anche in rapposto all'eziologia di altre chirurgiche affezioni (risipola, flemmone) io penso che tali malattie dovrebbero occorrere più di frequente: io ho veduto nelle grandi ambulanze comparire di tanto in tanto numerosi paterecci, flemmoni e risipole. Da parecchi autori si è annunciata come causa di queste ricorrenti affezioni l'influenza epidemica. Per parte mia ho tentato di rispondere al quesito

Digitized by Google

se si debba ammettere questa epidemica influenza come precipua causa.

A questo scopo ho diretto lettere a tutti i medici del cantone Zurigo e ricevetti da loro dettagliate notizie sulle loro cure in modo che riusci a farmi una sufficiente idea del movimento degli ammalati dell'intero cantone; trattavasi di constatare se in pari tempo le esacerbazioni e simili altre malattie negli spedali stessero in relazione con quelle sparse nel paese, le cifre non furono molto rilevanti.

Ma in riguardo al tempo della loro frequenza ebbi differenze così ragguardevoli che in molti cantoni ed in certi mesi il numero delle malattie si limitò a 12, in altri mesi ascese fino a 100 e 120; da ciò dovetti conchiudere, non doversi ammettere l'influenza epidemica.

La curva descritta da queste non differisce per nulla da quelle comuni disposizioni morbose ed è identica alla curva delle pneumoniti. Ha la massima elevazione nell'autunno e nella primavera, si abbassa alquanto in estate ed nell'inverno: questi risultati io ebbi sempre identici nel periodo di due anni e mezzo.

Pertanto anche sotto questo rapporto, mi confermai nell'opinione, che gli agenti atmosferici e la temperatura hanno una parte ben più importante che l'influenza epidemica. Se poi l'aria e la temperatura agiscano puramente per sè stessi oppure come cause che favoriscono la generazione di fermenti, è un problema la di cui soluzione spetta ad ulteriori ricerche.

Un secondo risultato a cui riuscirono le mie osservazioni si è che tra le infiammazioni che sopravvengono negli spedali e quelle fuori dai medesimi non havvi relazione alcuna.

Se noi sottoponiamo ad accurata disamina il così detto genio epidemico in rapporto alla sua azione negli spedali e se all'incontro prendiamo in considerazione altri momenti come la *stagione*, anche sotto questo rapporto non possiamo constatarlo in modo costante. In questo senso io continuai a fare osservazioni per sei anni e trovai che in generale i mesi non hanno alcuna influenza sulla comparsa delle risipole, pioemie e setticoemie; e che queste affezioni ora predominano nell'inverno ora nella state, e se si volesse segnar loro un tempo di maggior frequenza questo sarebbe in Maggio e Giugno; così almeno mi han fatto vedere le esperienze, ma a questo riguardo ci asterremo dal trarne una conclusione.

In Zurigo in questa stagione si è molto lavorato pei tunel, edifizi ecc. e naturalmente occorsero lesioni gravissime in gran numero; per questo motivo si ebbero anche dei sfavorevoli risultati.

Una seconda e più ardua ricerca consacrai per quattro anni ai casi di ferite suppuranti ed anche qui cercai di sciogliere il quesito se queste esercitassero qualche influenza sulla pioemia e sulla setticoemia; veramente una influenza viene accettata da tutti i chirurghi come un dogma; se però cimentiamo questo dogma colle cifre non potremo farcene alcuna convinzione. Bisogna tener conto dello stato termometrico della suppurazione, notare con ordine e giornalmente tutti i casi, conoscendo quante ferite suppuranti si hanno in cura e di queste quante recenti, quante di vecchia data e si potranno stabilire tante curve quante sono le sale di chirurgia, e dalla somma di questo avere il termine ricercato.

Non avendo io stabilito le mie ricerche da bel principio, dovetti ripassare la storia di ogni malattia e contastare per quanto tempo la ferita aveva suppurato e quanti affetti di suppurazioni si trovavano in una sezione per il periodo di una settimana; dopo cinque anni di confronti e ricerche di tal sorta e dopo d'aver ottenuti dati positivi, paragonai la curva delle ferite suppuranti con quella delle risipole e pioemie e trovai tra loro appena una traccia di lontana somiglianza.

Dalla mia esperienza ho potuto constatare che i processi metastatici per pioemia, specialmente le loro forme più rare, soppravvengono e si succedono a gruppi.

Così per esempio abbiamo avuto ora in tutte e due le cliniche chirurgiche un caso di osteomielite mentre che altre volte passano degli anni senza che ci accada di osservarne pur uno.

In vero gli ascessi metastatici del fegato in seguito a pioemie ben di raro si osservano, ma può accadere che in uno spazio di 5 e 6 anni se ne incontrino due o tre. Non si può a questo riguardo nulla dire di positivo e se si volesse pure trarne qualche conseguenza farebbe duopo instituire dei confronti per mezzo dei protocolli di sezione.

Io credo tuttavia che in tali casi meglio è ricorrere a ciò che possibilmente ci è dato di comprendere. Noi sappiamo che fu constatato dietro le nuove e molteplici esperienze fatte in proposito, che la materia del pus è per sua natura infettante e causa di processi flogistici ed è ancora fuor di dubbio che questa materia può asciugarsi per entro le filaccie, le compresse, gli oggetti di medicazione mantenendo sempre le sue perniciose qualità ad accrescere le quali non è improbabile che vi concorra un altro elemento, cioè gli infusori i quali costituirebbero anche un mezzo di propagazione del principio infettante: ammesso questo noi troveremo più ragionevole il riferire la ricorrenza di certe malattie chirurgiche a quest'ultimo fatto piuttosto che al genio epidemico.

Così io credo fermamente che il ragazzo disopra ricordato, il quale dopo aver subìta una resezione articolare morì per osteo-mielite, aveva ricevuta un'infezione da qualche oggetto di medicazione impregnato di materiale purulento e corrotto.

Noi abbiamo usato in ogni operazione delle spu-

Digitized by Google

gne nuove e le stesse furono precedentemente fatte bollire e pulire; ma è noto che certi infusori non possono distruggersi che ad nna altissima temperatura ed in questi casi può essere accaduto che la cozione delle spugne non abbia avuto un pieno effetto forse per non essere stata praticata con tutte le regole. Io credo adunque che nell'interesse dei nostri malati e della scienza sarà meglio rivolgere tutta la nostra attenzione ed attività in questo senso piuttosto che accomodarci alla vieta e troppo comoda teoria del genio epidemico.

Finalmente farò notare un'altra circostanza; voglio dire delle sale mortuarie; siccome abbiamo veduto che le materie infettanti ponno essere trasportate, uscendo da queste, portandoci al letto dei nostri infermi, dovremo usare la massima cautela onde non farci noi stessi portatori ed inoculatori del fatale veleno. In caso poi che i tristi casi avessero a ripetersi non indugeremo anche ad abbandonare l'uso delle spugne nelle medicazioni.

Beck. — *Sulla cura delle fratture complicate.* — (Memorabilien 11, 1865). Schmidt's Jahrbücher, N. 8, 1866.

Malgrado tutti i vantaggi che offrono gli apparecchi solidificantisi, pure in molte fratture complicate questi non possono trovar luogo. Nei casi con estesa scheggiatura e trituramento, con lesioni estese delle parti molli, ove può avvenire tumefazione, tensione, infiltramento dei tessuti, copiosa suppurazione con infiltramento, ritenzione di pus, formazione d'icore, gangrena ecc., un apparecchio ingessato fallirebbe lo scopo, perchè facilmente fa peso, non presenta la dovuta sodezza in causa delle necessarie finestre e per lo più impedisce al chirurgo di seguire esattamente i processi postumi della lesione, nè permette che a tempo debito possa occorrervi cogli adatti mezzi. Se le alterazioni rimangono per certo tempo nascoste, allora vien posto in pericolo non solo l'esistenza del membro ma eziandio la vita medesima. L'autore, con parecchi altri chirurgi, ricorda che gli furono spesso inviati dei pazienti con membra gangrenate in seguito d'apparecchi inamovibili, i quali aveano agito in modo pregiudicievole. Egli si ferma specialmente su d'un caso che ebbe in cura 11 ½ anni fa. Pel ribaltarsi d'una vettura carica, una donna riportò una frattura complicata della tibia e della fibola sinistra, con ischeggiamento di quest'ultima e considerevole contusione delle parti circostanti. Il medico chiamato risecò l'estremità superiore della fibola, che protuberava ed appose un apparecchio ingessato e fenestrato. Tosto comparvero dolori violenti e febbre, e quando più tardi fu tolto l'apparecchio, si vide una generale infiltrazione; indi s'aggiunsero raccolte di pus ed ascessi fin sopra al ginocchio; nel luogo della frattura si necrotizzò una gran parte delle estremità dei frammenti, senza che apparisse formazione di callo; l'articolazione del ginocchio s'infiammò e via dicendo, e dopo un anno circa la paziente trovavasi in sì cattive condizioni, che solo l'amputazione al disopra del ginocchio presentava ancora qualche prospettiva di poterla conservare in vita. L'operazione fu fatta anche con buon successo. L'autore in questo caso attribuisce le conseguenze cattive al non adatto e fuori di tempo adoprato apparecchio.

Nella complicazione con grandi ferite, nelle contusioni molto estese, ove avvi intorpidimento, non può mancare una suppurazione nelle parti profonde, ed in questi casi l'autore non ha mai tentato di tramutare una frattura complicata in una semplice per mezzo della chiusura della ferita e dell'apposizione d'un apparecchio solido. La riunione non può succedere; debbono stabilirsi tumefazioni, infiltramenti, risipole ecc. che rimanendo nascoste, sono causa del più grande pericolo. Un apparecchio che difenda, sostenga e mantenga la giusta posizione, che facilmente possa aprirsi e chiudersi di nuovo, congiunto col corrispondente metodo antiflogistico locale e generale, per l'ordinario conduce senza incidenti allo scopo. Solo quando dopo qualche settimana è cessata la suppurazione, quando non si ha più a temere di spostamenti, di mortificazione di particelle di tessuto, si può far buon pro' d'un apparecchio indurito. Di tali apparecchi semplici, fatti con ovatta, con stoppa, con cartone, con bilancie, con piani a doppia inclinazione ve ne sono molti. Nelle fratture complicate, anzi tutto si debbono legare le arterie, che danno sangue o si debbono torcere, poscia togliere le scheggie ossee, anzi non solo quelle che sono affatto libere, ma eziandio quelle coperte dal periostio ed a margini acuti (naturalmeute risparmiando il periostio), poichè sono causa d'emorragie, d'irritazione ed anche del tetano: cadono più tardi in necrosi e non favoriscono la formazione del callo. Se la ferita è rimarginata, allora si pone la frattura in direzione e si mantiene nella posizione opportuna per mezzo d'un apparecchio semplice. Nelle fratture della gamba all'autore prestò ottimi servigi l'apparato da lui costruito alcuni anni sono (Arch. f. klin. Chir. II. p. 565) consistente in mezze doccie di legno, staccate, e colla suola pel piede.

Beck comunica un caso, il quale convincerà i lodatori i più fervorosi dell'apparecchio col gesso, che si ponno dare fratture, nelle quali gli apparecchi assodantisi non debbono porsi in uso per niente nei primi tempi.

Digitized by Google

Un palafreniere che voleva montare un cavallo in un guado, fu cacciato a terra, e molto maltrattato da calci. Si trovò una frattura complicata della tibia e del perone sinistro, contusione estesa delle parti molli, lacerazione dell'arteria tibiale anteriore, non che di parecchi muscoli. Il medico chiamato applicò una fasciatura compressiva, portò il piede su d'un piano inclinato e fece di continuo dei bagnoli freddi. Dopo alcuni giorni si cambiarono le applicazioni fredde in altre con acqua saturnina e quando lo stato peggiorò e comparve la febbre e si temette della sopravvenienza della gangrena, si fece portare l'infermo nello spedale militare.

Nel 3.° inferiore della gamba sinistra 2 ½″ sopra l'articolazione del piede, l'autore trovò una considerevole frattura obbliqua d'ambedue le ossa con ischeggie e spostamenti: sull'alto della frattura una ferita contusa, traversa, lunga 4″ e larga 1″, nella quale oltre alle ossa rotte eranvi tendini sminuzzati, qua e là strappati, pezzi di tessuto caduti in mortificazione, pus e coaguli di sangue. L'articolazione del piede era assai tumefatta e dolente, i tegumenti apparivano coloriti in bleu, nè potè sentirsi la pulsazione della tibiale anteriore. Un pollice sopra la ferita trasversa e nel decorso della tibia, vedevasi un tratto di cute lungo 4″ largo 1 ½″ colpito da mortificazione gangrenosa: altro luogo parimenti gangrenato del diametro di 2″, conseguenza d'un calcio, trovavasi sul mezzo della gamba, la quale tutta era presa da infiammazione risipolacea. Il rossore e la sensibilità della cute si estendevano lungo la vena grande safena, fin verso la metà della coscia. Il polso 106, la temperatura cutanea 39° C., la sete molta: mancavano ancora i fenomeni di vera piemia. Dopo che furono levate due scheggie ossee, tutto l'arto fu messo in direzione retta e collocato nelle doccie di legno ben imbottite, ed il piede fu assicurato alla staffa; la ferita fu coperta di filaccie umide, l'articolazione del piede coperta di compresse bagnate nell'acqua saturnina, e sui luoghi della cute, colpiti dalla mortificazione gangrenosa, si posero dei pannilini inzuppati nell'olio. Internamente si diede dell'acido fosforico nella bevanda, un infuso di china e di tratto in tratto una piccola dose di morfina. Per nutrimento, latte e brodo di carne. Dopo alcuni giorni si staccarono le parti mortificate dappertutto: nella regione del polpaccio era rimasta a nudo la fascia ed anche la musculatura, la suppurazione erasi fatta abbondante, l'infiltrazione però era cessata e la risipola scomparsa. Dopo 10 giorni si cangia l'apparecchio a motivo dell'inzuppamento delle fascie e del cattivo odore. Le fomenta caldo-umide, che erano state fatte per alcuni giorni, sembrarono allora inutili, essendo la ferita coperta di bottoni e si inumidirono soltanto le filaccia. Lo stato generale dell'infermo era soddisfacente, perciò s'accrebbe il nutrimento. Dopo 14 giorni si staccò quanto restava di mortificato, le ossa che erano denudate del periostio, si coprirono di bottoni carnei cominciando dalla aperta cavità midollare. La fasciatura fu semplice; a poco a poco cominciò la ferita a rimpiccolirsi, a colmarsi la perdita di sostanza, e la cicatrizzazione procedeva dai margini; lo stato della ferita nel polpaccio, che poggiava nella doccia, aveva fatto progressi. Sul finire della 8.ª settimana la guarigione della ferita, la sodezza delle masse ossee neoformate aveano tanto progredito, che si potè togliere l'apparecchio e la gamba potè essere collocata in un piano, dopo averla avviluppata con cuscini di paglia. Quasi tutto era cicatrizzato nel luogo della frattura tranne due piccole località: da queste fistole avvenne in seguito la sortita di piccoli pezzetti ossei. Dopo 3 mesi l'infermò abbandonò il letto, camminò dapprima colle gruccie e ben presto col solo bastone. L'infermo dopo 4 mesi abbandonò lo spedale pienamente risanato, allo infuori d'un leggero accorciamento del tendine d'Achille, e dell'azione incompleta dell'estensore comune delle dita del piede.

Curtze. — *Rigidezza cadaverica del feto quale impedimento al parto.* (Ztschr. f. Med. Chir. u Geburtsh. N. F. V. 4, p. 261, 1866). Schmidt's Jahrb. N. 9, 1866.

Una donna multipara, nel giorno prima della comparsa delle doglie, ebbe un violento brivido e dopo non risentì più i movimenti del feto. Doglie violenti, continue, spinsero il capo del feto in prima posizione del vertice fino nel piccolo bacino, ove malgrado la sua grandezza normale ed i rapporti favorevoli del bacino, si arrestò a modo che l'autore fu in necessità di estrarlo col forcipe. Però anche allora il parto non fece verun progresso, in onta della forza delle doglie, e solo con una forte trazione dell'ostetrico, sortirono le spalle e le anche. Allora apparve che il fanciullo morto era colpito da completa rigidità cadaverica, e che gli arti piegati avevano opposto un ostacolo alla nascita colla loro inflessibilità. Malgrado il lungo travaglio, non si era formato tumore nel capo, prova questa, che la morte era avvenuta prima dello stabilirsi l'atto del parto.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 8. BOLOGNA 31 Agosto 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Il clorato di potassa quale nuovo mezzo curativo dell' epitelioma

PEL

Dott. GIOVANNI MANCINI

(Memoria giudicata degna di stampa dalla Commissione esaminatrice)

L'insperato e felice successo ottenuto dall' applicazione del clorato di potassa in un malato di gravissimo epitelioma, che giacque nelle sale di Clinica Oculistica negli ultimi mesi dell' anno che fu, m' incoraggiò a replicare la prova in altri malati, che gentilmente il Prof. Magni ed il Prof. Loreta affidarono alla mia cura, e del risultato delle medesime faccio argomento per la tesi di laurea medico-chirurgica.

Innanzi tutto comincierò dal toccare di volo l'anatomia patologica e la storia terapeutica di un morbo, che quanto frequente, altrettanto mostrossi *ribelle* agli sforzi dell' arte nostra.

Il cancroide, così chiamato dal Lebert per la grande affinità che presenta col cancro, detto con miglior nome epitelioma, che ne indica la sua vera natura, è una neoproduzione di cellule epiteliali pavimentose od epidermoidali, che se limitano il loro sviluppo al lato superficiale, costituiscono una semplice iperplasia, e quando l' approfondano in tessuti diversi, vanno a formare l'epitelioma etero-plastico, detto anche maligno stante la sua gravezza. Molti sono i punti di contatto, che esistono tra questa neoproduzione e la carcinomatosa; ed invero tutti i patologi moderni ritengono il carcinoma di origine locale, e le ragioni che sostengono una tale opinione sono il fatto del cancro primitivo, e della guarigione benchè rara in seguito dell'asportazione del medesimo. Altro punto di simiglianza è la loro diffusione, tarda però nella prima, sollecita oltre ogni credere nella seconda, per spiegare la quale gli antichi ricorrevano alla diatesi cancerosa, ed i moderni, lasciando da parte l' incognita, l'attribuiscono invece ai linfatici ed alle vene, che sono il veicolo più ragionevole dei principî infettanti. Non basta ancora: recidiva quasi sempre il carcinoma asportato che sia, con minor frequenza, ma recidiva anche l' epitelioma, evenienza che s' interpreta, sapendo che il chirurgo involontariamente lascia qualche focolaio, che diventa a sua volta la matrice della nuova manifestazione del male. — La gran differenza che v' è tra le due malattie sta in questo, che le neoproduzioni carcinomatose, sviluppandosi nell' interno dei tessuti, li sostituiscono, mentre le neoproduzioni epiteliali li divaricano semplicemente. Di più la recidiva del carcinoma si effettua non solo sul luogo, ma ancora a distanza, mentre nell'epitelioma è sempre locale; e ciò dipende qui dalla povertà dei vasi, mentre sono abbondantissimi nel primo, e dall'immunità delle glandole linfatiche nell' epitelioma, che trovansi sempre infiltrate nel cancro. Altro potissimo carattere differenziale sta nell' attività della proliferazione; massima nel carcinoma, per cui i suoi focolai cellulari si moltiplicano, e si diffondono con rapidità spaventosa, e l' uomo dell' arte non trovasi in grado nè di ritardarne il cammino, e molto meno di arrestarlo; mentre nell' epitelioma la vita cellulare è torpida, e lascierebbe tutto il tempo necessario da mettere a prova la potenza della terapia. Ma non ostante questo immenso vantaggio il numero delle guarigioni è tutto altro che soddisfacente.

Nell'indagarne le cause emerge chiaro, che ciò dipende dall' insufficienza dei mezzi curativi, dei quali, benchè ne sieno stati proposti a miriadi, pure non ne rimasero che pochi nel dominio della pratica illuminata. Nè io mi vorrò prendere la pena di chiarire, perchè la maggior parte di essi abbia naufragato nelle prime applicazioni, e siano quasi tutti morti prima di vivere. Suggeriti da viste tutto teoriche, - poichè gli scopritori si affaticavano di crear prima un' ipotesi qualunque per spiegare la natura e l'essenzialità della malattia, su cui stabilivano le indicazioni curative, ed i rispettivi farmaci che le adempissero, - cadevano al primo soffiare di un' altra nuova dottrina, con poco vantaggio dell' umanità sofferente, e con non molto decoro della medicina. Inoltre bisognerebbe rimestare tutta la farmacologia, per accennare semplicemente quanto si è pensato e scritto sulla cura dell' affezioni cancerigne, che nell' epoche passate venivano poste tutte in un fascio, il che sarebbe di nissuna utilità.

Ma non posso lasciare in non cale la compressione, che fu in gran voga nei primi anni di questo secolo, di cui si fecero campioni il Récamier ed il Bell; mezzo mostratosi assolutamente inetto in seguito ad ulteriori osservazioni nelle vere affezioni cancerose, e di ristrettissima applicazione nelle neoproduzioni epiteliali, nelle

Digitized by Google

quali però si ottenne qualche soddisfacentissimo risultato anche in questi ultimi tempi, come l'ebbe il Prof. Concato in un epitelioma dell'esofago (1).

L'asportazione cruenta e la cauterizzazione sono i due soli mezzi, che tra i tanti ci rimasero a cura dell'epitelioma. La prima si impiega a preferenza nell'esordire della malattia, quando si ponno conoscere con non molta difficoltà i limiti tra tessuto sano e morboso; ma pur troppo spesso si vedono nelle medicature successive pullulare dal fondo della soluzione di continuo, determinata dall'operazione, delle vegetazioni, che per tutti i caratteri si mostrano dell'istessa natura di quelle, che costituivano la neoproduzione asportata. In questi casi allora si adoprano i caustici, di cui ne sono stati proposti parecchi, e dei più svariati. Alcuni chirurghi furono caldi partigiani della polvere arsenicale, come il Dubois, altri del cloruro di zinco, come il Canquoin, del cloruro d'antimonio, come il Ricord; non pochi sostennero il cauterio attuale, e perfino fu proposta la cauterizzazione con lenti ustorie. Molti preferiscono i caustici liquidi, a modo d'esempio il nitrato acido di mercurio, che secondo essi si diffonderebbe fino nei più esili linfatici. Il caustico non solo va impiegato nella recidiva dell'epitelioma, ma lo si usa nei vecchi, nelle persone anemiche, ed in tutti quelli che impallidiscono alla vista del ferro. Ciascuno dei citati mezzi ha il suo grande inconveniente, da cui dipendono i risultati poco lusinghieri. L'asportatazione fatta col tagliente, lasciando da parte per un momento la distruzione dei tessuti che produce, e che riparasi con molta difficoltà, e trascurando pure il dolore, che ha comune col caustico, nel quale però è più ottuso e prolungato, nel maggior numero dei casi non giunge di solito fino alle ultime radici del male, che tiene le sue ultime propaggini in tessuti, che macroscopicamente sembrano normalissimi. Nella cauterizzazione, siano i caustici impiegati solidi o liquidi, abbiamo il tessuto, che viene a contatto del corpo cauterizzante, e forma immediatamente con esso un'intima combinazione, che ne impedisce un'ulteriore diffusione; e prima che l'escara cada, e si torni a nuova applicazione, il focolaio cellulare irritato ha diffuso con maggiore attività nei contorni le sue proliferazioni. Questa è la ragione più plausibile, che secondo il Billroth spiega il frequente insuccesso di simili cure. Devo inoltre aggiungere, che si presentano dei casi di epitelioma, dove non puossi portare il ferro chirurgico, e questo per la grande estensione della malattia, che per incuria degli infermi assunse spaventevoli proporzioni. Or che fare in simili casi; tormentare gl'infermi coi caustici? Una tal cura viene per lo più controindicata dalla sede della malattia, come congiuntiva bulbare, mucosa nasale, non che dai dolori fortissimi, e dal piccolissimo vantaggio che se ne ottiene. Il clorato di potassa in affezioni di simile genere è un rimedio potentissimo, è un farmaco, che secondo il mio modo di vedere, fondato sopra un certo numero di esperienze, potrà sostituire in tutti i casi di cancroide l'ablazione e la cauterizzazione.

Eccomi ai casi pratici. Io li dividerò in *due serie;* nella 1.ª porrò i più gravi, alcuni dei quali recidivati, non dominabili della mano chirurgica, altri ribelli ai più svariati caustici; nella 2.ª quei più benigni, che guarirono perfettamente, e in breve tempo, risparmiando all'infermo qualunque dolore.

La 1.ª *serie* contiene quattro malati.

Il *primo* (1) di questi fu un operaio bolognese d'anni 56, al quale il Prof. Magni avea praticata nel 1865 la blefaro-plastica per un piccolo epitelioma ulcerato all'angolo interno dell'occhio sinistro, che guariva apparentemente in termine di un mese. Ma poco tempo appresso, 40 giorni circa, la cicatrice si fe' dura e nodosa, poi ulcerossi nella parte inferiore, e da quel punto andò guadagnando sempre terreno, perchè il malato se ne stette tranquillo per ben tre anni. Il giorno 15 di Novembre del 1868 chiedeva il soccorso dell'arte chirurgica, e l'esame fatto in quell'epoca mostrava un'ulcere vastissima, che comprendeva il 3.° interno della palpebra inferiore sinistra, scendeva in basso dilatandosi molto dalla parte nasale, dove avea distrutto la pinna corrispondente, inferiormente si arrestava al solco nasolabiale. Il fondo dell'ulcera era costituito da granulazioni irregolari, frastagliate, di colore giallo lardaceo, le quali in alto si faceano strada per l'angolo interno dell'occhio lungo il solco oculopalpebrale; di più si osservava infiltrato non solo il terzo interno della congiuntiva tarsea e reflessa inferiore, ma anco la bulbare fino alla sclerotica. La neoproduzione invadeva anche la parete mobile del sacco lacrimale, che cominciava ad ulcerarsi, e da queste ulcerazioni si penetrava nel canal nasale. Esaminando la palpebra superiore, la si vedea infiltrata nella parte mucosa da grosse glebe di colore giallo lurido, che presentavano al tatto una resistenza quasi lignea, resistenza che notavasi al massimo grado nei bordi della sol-

(1) Vedi l'*Ebdomadario Clinico* di *Bologna*, pag. 601 e 907, 1864.

(1) Questa storia e la seguente furono già riferite in una prima nota del medesimo autore, stampata nel fasc. III. 1869 della *Rivista Clinica*. Non abbiamo creduto conveniente di ometterle qui, perchè sono più diffuse e più complete, e per non alterare l'ordine del presente lavoro.

La Redazione.

Digitized by Google

catura ulcerosa, i quali erano prominenti ed irregolari per varî nodi. Questa ulcere dava poco pus; il suo carattere era quello di estendersi per l'ulcerazione che andava producendosi di quei punti nodosi, che rappresentavano il modo di sviluppo della malattia. La nutrizione dell'infermo era molto deperita. La natura del male non poteva essere equivocata, non solo pei caratteri grossolani, ma specialmente pei microscopici, poichè furono esaminate alcune delle granulazioni del fondo dal Prof. Magni, il quale mi mostrava come si vedessero distintamente gli alveoli limitati da fibrille di tessuto connettivo, e nell'interno delle loro pareti stavano adagiate verticalmente le cellule epiteliali, unite e incastonate fra loro per mezzo di numerosi villi, mentre nel centro notavasi un punto più scuro a contorni netti, che sotto l'azione dell'acido acetico si manifestava per un ammasso di laminette cornee attorno ad una o due cellule epiteliali centrali.

Trattavasi dunque di un epitelioma. — Nel principio si restò molto incerti nello stabilire un piano terapeutico. Era propriamente il caso del *noli me tangere*. L'asportazione del tessuto malato mediante il ferro trovava una quantità di controindicazioni. La prima era l'estensione dell'atto operatorio richiesto dall'enucleazione del bulbo e dalla resezione della parete inferiore dell'orbita, che sentivasi manifestamente infiltrata di vegetazioni fungose; l'osso unguis e il nasale di sinistra non potevano essere rispettati. Altro motivo importantissimo, che controindicava l'operazione, era la difficoltà di trovare un lembo cutaneo sufficiente per ricoprire la vasta caverna, perchè la pelle della faccia del malato presentava un'atrofia avanzatissima del cellulare sottocutaneo, ed era quasi aderente all'osso, in modo che non si prestava allo scivolamento. Per tutte queste ragioni, e per l'altra non meno valida dell'assoluta contrarietà dell'infermo alla cura col tagliente, ne abbandonammo il pensiero. — L'importanza del caso era tale, che fu ammesso nelle sale di Clinica Oculistica, e nei primi 15 giorni si alternò la cauterizzazione ora col nitrato d'argento, ora con nitrato acido di mercurio, di cui l'ultimo arrecava vivissimo dolore; l'ulcerazione però proseguiva il suo corso verso la parte esterna, e per questo ne sospendemmo l'applicazione. Per una mera prova e per non scoraggiare l'infermo, abbandonandolo alla triste sua sorte, si cominciò la cura col clorato di potassa tanto per uso esterno che interno.

Una tale pratica venne consigliata per primo dal Dott. Tedeschi (1), il quale guariva un caso di cancroide della faccia, mostratosi ribelle a varî caustici, come l'acqua fagedenica, la pasta di Vienna, e a molti preparati empirici come decotti di guaiaco, liquore del Van Swieten, ioduro, di potassio. Egli si decideva ad applicare il clorato di potassa confortato dai buoni successi ottenuti dall'Hunt nelle ulcerazioni delle gote dei bambini pel noma o cancer aquaticus, credendo esistesse analogia di natura fra le due affezioni. Un'altra brillante guarigione l'ottenne in questi ultimi tempi il Dott. Bergeron (1) in un cancroide ribelle.

Noi cominciammo ad usare esternamente una soluzione molto satura, grammi 15 di clorato in 150 di acqua distillata tiepida, perchè il detto medicamento è poco solubile nella fredda. Esso venia applicato or tre or quattro volte il giorno in tutta l'ulcerazione per mezzo di filaccia, che poi vennero sostituite da cotone cardato, stantechè questo rimane per un tempo più lungo impregnato del liquido. L'effetto immediato, che determinava un tale contatto, era un vivo prudore su tutta la superficie morbosa, sensazione che cessava ben presto, di più il colore mutavasi in rosso-pallido. Il malato bagnavasi ogni 10 o 15 minuti, mediante una spugna, la medicatura per mantenerla sempre fresca ed umettata del farmaco. Per uso interno gli somministrammo ogni mattina ½ grammo di clorato in 90 grammi d'acqua distillata.

Nei primi giorni la malattia mostrossi stazionaria, ma passato un mese l'incipiente e progressivo miglioramento ci sorprese. Esso si manifestava con l'abbassamento progressivo dei bordi, e con la diminuzione della loro resistenza; il fondo dell'ulcera cominciò a detergersi, perdendo a grado a grado il suo aspetto lardaceo, ed il miglioramento si estendeva dal basso all'alto, dove, perchè più spesse le vegetazioni, e perchè molto difficile l'applicazione costante del farmaco, il quale per legge di gravità colava in basso, si osservava un po' lentamente una sensibile diminuzione delle dette vegetazioni neoplastiche. Quando comunicai il risultato di questa cura nel fascicolo di Marzo p. p. della *Rivista Clinica*, io diceva che tre mesi dopo la prima applicazione del rimedio la parte inferiore dell'ulcerazione era completamente cicatrizzata, e non rimaneva in alto che un po' di tessuto epiteliale, che per la sua continua riduzione dava tutta ragione a supporre, che quanto prima sarebbe scomparso; ed ora mi gode l'animo di annunziare, che il detto malato usciva dalla Clinica verso la fine del Marzo perfettamente guarito, non restandogli di deformità che un poco di ristrettezza nella rima palpebrale di sinistra, dovuta alla coartazione del tessuto cicatrizio, ed una piccola soluzione di continuo nella pinna sinistra del naso, inconvenienti

(1) Annali universali di medicina, anno 1846, vol. 117, pag. 376.

(1) Bulletin de Thérapeutique, N. 66, 1868.

Digitized by Google

a cui si poteva rimediare con una semplicissima rinoplastica, associata allo squarciamento dell'angolo esterno dell'occhio, a cui si ricusò l'infermo.

Il *secondo* malato, uomo del contado bolognese, in sui 40 anni, veniva operato di blefaro-plastica dal Prof. Magni il 14 Novembre 1868 per un epitelioma ulcerato, che stirava in basso la palpebra inferiore sinistra, malattia che contava quattro anni di durata. Quattro giorni dopo l'operazione si staccarono i punti di sutura, che tenevano unito il lembo, preso dalla regione zigomatica, con la parte interna della palpebra inferiore sinistra, e restò un coloboma triangolare, non ostante che ripetute volte si tornasse alla sutura intercisa. Dopo una ventina di giorni, nella quale epoca fu medicato sempre a piatto, ci avvedemmo che dal fondo di questa soluzione di continuo sorgevano della fungosità giallo-sporche resistenti, che annunziavano il riprodursi della malattia. Nulla si ottenne dalle ripetute cauterizzazioni col nitrato d'argento, in cui durammo per quasi un mese. Stanchi di tale insuccesso, e confortati dal buono effetto, che cominciavamo ad ottenere nel primo infermo, applicammo il clorato di potassa colle stesse regole, e in 22 giorni si ottenne una cicatrizzazione completa, ed il malato che visitai giorni fa, 7 mesi circa dopo la guarigione, mostra un piccolissimo coloboma della palpebra inferiore, il cui fondo è formato da tessuto cicatrizio bianco argentino.

Un *terzo* caso non meno interessante appartiene ad un contadino d'anni 32, al quale manifestavasi nei primi del 1863 al canto interno dell'occhio sinistro, lungo il bordo della palpebra inferiore, un tumoretto frastagliato, della grandezza di un grano di frumentone, che fu curato con i più svariati rimedî senza alcun successo, e fra quelli ricordati dall'infermo cito l'acido fenico, il nitrato d'argento e il cloruro di zinco. Scoraggiato dal progresso del male, fece animo risoluto, e presentavasi al nostro dispensario oftalmico il 14 Aprile p. p., pronto, diceva esso, a qualunque operazione.

L'esame del malato mostrava la palpebra inferiore dell'occhio sinistro madarotica, irregolarmente granuloso il margine ciliare, e tali granulazioni erano rosee, arrotondate, e poggiavano sulla congiuntiva bulbare leggermente arrossata. Rovesciando la palpebra inferiore, la si vedea infiltrata di vegetazioni resistenti, giallastre, che invadevano la congiuntiva reflessa, e scorrendo col dito lungo il solco oculo-congiuntivale si apprezzava benissimo, che le medesime si estendevano fino alla parete orbitale inferiore. Non fu trascurato l'esame microscopico, dal quale si riconobbe essere la neoproduzione di natura epiteliale. L'asportazione della palpebra infiltrata era sconsigliata dall'immensa difficoltà di raggiungere tutte le radici del tessuto morboso, che erasi fatto strada sul periostio del mascellar superiore. — Sottoponemmo l'infermo (non potendo sperare nei caustici, che aveano fatta infelicissima prova) al clorato di potassa per uso esterno semplicemente e con lo solite regole. Notammo nei primi giorni un atrofizzarsi molto rapido delle granulazioni, che si trovavano al margine libero, ma nissun cambiamento mostrarono nelle prime settimane quelle che tappezzavano la congiuntiva tarsea e la reflessa, il che dipendeva dalla difficile applicazione del liquido; onde io per agire su quelle parti produceva parecchie volte nella giornata l'ectropion della palpebra inferiore, e vi praticava la docciatura con il clorato per 4 o 5 minuti, che lasciava la superficie di un color roseo pallido. Il rimpiccolimento progressivo di tali fungosità non si fece attendere un gran tempo, ed un mese appresso tutta la congiuntiva, per l'innanzi infiltrata, presentava vari punti biancastri per tessuto cicatrizio, e di più la secrezione purulenta, che era stata sempre compagna delle descritte fungosità, cessava del tutto, il che verificavasi verso la metà di Maggio, ed ai primi di Giugno l'infermo abbandonava l'Ospedale.

Il *quarto* caso ed ultimo della 1.ª serie, fu una povera donna del circondario di Bologna, in sui 50 anni, alla quale manifestavasi nel 1865 alla parte esterna della pinna nasale di destra un tumoretto della grandezza di un fagiolo, che al minimo tocco dava sangue. Essa lasciò che la malattia si estendesse e distruggesse quasi tutto il naso, e presentavasi all'ambulatorio del professor Loreta il 27 Giugno p. p.

Ciò che facea gran risalto nell'esaminare questa inferma, era la mancanza della pinna destra del naso, la cartilagine del setto scoperta e tempestata di granulazioni di color rosso sporco; la soluzione di continuo si avanzava per un centimetro circa in larghezza e per due in lunghezza verso la metà sinistra del naso. La parte superiore di questo presentava un colore rosso vinoso, che si estendeva in alto fino alla glabella, e lateralmente fino al solchi genio-nasali, e la pelle assottigliata mostrava imminente la sua ulcerazione. Esaminando l'interno delle cavità nasali si vedea la superficie mucosa tutta tappezzata di escrescenze giallastre, che si avanzavano fin verso le coane, dove il dito esploratore ne avvertiva l'arresto. Lo stato generale dell'inferma era deplorevole; colore della cute giallo terreo, dimagramento di tutta la persona. — La diagnosi fu di epitelioma ulcerato; e non potendo passare all'asportazione, stante la diffusione del male verso le parti interne, mi fu consegnata l'inferma, perchè la sottoponessi alla cura del clorato.

Essa entrava in Clinica il 1.° di Luglio, e tutti i giorni, or per tre or per quattro volte, le praticai sopra l'ulcerazione delle docciature col ci-

Digitized by Google

tato farmaco, il quale apportava un senso di vivo bruciore, che durava brevi istanti, e il colore giallo rossastro delle vegetazioni impallidiva leggermente; terminata la docciatura eseguiva il tamponamento della narice di destra con cotone bagnato nel clorato. L'applicazione del rimedio conta appena un mese, e la cicatrizzazione comincia a manifestarsi nel setto cartilagineo, le cui fungosità sono svanite, e le vegetazioni, che tappezzavano l'interno della cavità nasale, si sono tutte appianate. Il miglioramento ottenuto apparisce anche all'occhio del profano, ma prima di cantar vittoria ci vorrà almeno qualche mese.

Con questo termino la 1.ª *serie* la più importante per la gravezza del male, e per l'eccellente risultato ottenuto in tempo breve relativamente all'estensione della malattia.

La 2.ª *serie* conta tre malati.

Il *primo* muratore di professione, d'anni 60, entrava in Clinica nelle sale chirurgiche del Professor Loreta il 10 di Aprile p. p. per un epitelioma ubicato alla regione temporale destra, che stirava la coda del sopracciglio; la superficie era rilevata per granulaziori mammellonari di colore giallo-sporco, dure ai margini, sanguinanti al centro. La località era adattata per applicare una pasta caustica, e stante la superficialità del tumore si poteva quasi esser sicuri di una felice riuscita. Ma gli ottimi risultati ottenuti col clorato nella Clinica Oculistica indussero il Clinico Chirurgico ad esperimentarlo in questo infermo. L'applicazione era facilissima, e le norme tenute per l'uso esterno furono le medesime; fu prescritto però il clorato anche per uso interno alla solita dose di ½ grammo in 90 d'acqua distillata. — Al 20 di Maggio l'infermo abbandonava l'Ospedale, e nel luogo del tumore si osservava una macchia di color roseo, che al presente è scomparsa; vi si vedono invece delle strie biancastre di forma stellata.

Una *seconda* guarigione felicissima la si ottenne in una vecchia contadina, che entrava il 5 di Maggio nella sala di Oculistica per esser curata di un grosso tumore di natura epiteliale, avente sede al grande angolo dell'occhio sinistro; esso abbracciava i ⅔ della palpebra inferiore, e somigliava al frutto del moro-gelso. L'asportazione del tumore unitamente alla palpebra era cosa facilissima, rimediando con la blefaro-plastica alla soluzione di continuo; ma l'egregio amico dottor Gotti assistente alla Clinica Oculistica volle esperimentare il clorato, ed io l'applicai nel modo già descritto, e potemmo licenziare la malata il 25 di Maggio. Invece del tumore nella porzione cutanea interna della palpebra inferiore si osservava allora un piccolo infossamento, che riempivasi di tessuto cicatrizio, e il punto lacrimale, che avevamo sacrificato col taglio, e che era compreso del tumore, tornò a mostrarsi beante e normale.

Il *terzo* ed ultimo malato della 2.ª serie fu un bracciante della Croara, infermo di epitelioma alla palpebra inferiore, venuto a quanto il medesimo racconta in seguito di un trauma nell'Aprile del 1868. Fu cauterizzato col nitrato d'argento per qualche mese, ma senza profitto. La sede del tumore era specialmente la parte media del labbro, e si sollevava dalla parte mucosa per un centimetro circa, ed in larghezza ne misurava tre; le granulazioni erano pallide, dure, ed aveano del cartilagineo. Un taglio a V con l'apertura in alto avrebbe asportato benissimo il tumore, ma per risparmiare il dolore dell'operazione, applicai il clorato per ordine del Prof. Loreta, una sola volta al giorno, perchè il malato seguitasse a frequentare l'ambulatorio, e stante l'enorme durezza del fondo, che si opponeva in certo modo alla penetrazione del farmaco. La guarigione progredì lentamente, e l'ottenni dopo due mesi di cura.

Or come esercita il clorato di potassa una tanta benefica influenza in una malattia, che ha fatto e fa sudare tutti i pratici, e per lo più compensa le loro fatiche col disinganno della recidiva? A quale influsso attribuire questa importante modificazione, per cui il detto farmaco non solo produce la morte dei neoformati elementi, ma toglie al tessuto sottostante alterato nella sua nutrizione il potere di produrne dei nuovi; e per quale influsso rientrano gli elementi istologici nella normalità delle loro funzioni? Devesi un tale riordinamento all'azione locale del clorato, o alla generale che esercita su tutto l'organismo amministrato internamente, o tutti due ne dividono l'onore? *Hoc opus, hic labor*. Questo è l'arduo problema, che incontrasi ad ogni piè sospinto nel campo della terapeutica; per esso lavorano ed invano i più eletti ingegni, e quanto più chiara è l'azione benefica del rimedio, tanto più difficile è lo scorgere il legame tra la causa e l'effetto. Scoraggiato da simili considerazioni faccio punto, affidando al tempo e ad altre forze l'arrischiata impresa. Ma prima di abbandonare l'argomento mi sia lecito l'esternare un mio parere molto più favorevole all'azione locale del clorato che alla generale, perchè in due casi, dove l'applicai semplicemente sulla località ammalata, ottenni lo stesso effetto salutare. Devo anche aggiungere che il Prof. Magni fece degli studî microscopici su quelle vegetazioni, che aveano gia subita l'azione del citato rimedio, e le trovò in preda ad una distintissima degenerazione grassosa, degenerazione che io attribuirei alla mancanza di vita emanante dal sottoposto tessuto, che per un azione forse chimica del clorato torna a funzionare fisiologicamente; e quei prodotti morbosi, per una legge patologica che regola tutti gli elementi del nostro organismo, entrano in una fase regressiva,

Digitized by Google

e vengono riassorbiti, e spariscono. Concludo che quantunque resti avvolta nella tenebre la ragione, che ci spieghi la virtù terapeutica del clorato, è innegabile che la diffusione di una tale applicazione segnerà un importante progresso della medicina pratica e della chirurgia conservatrice.

RAGGUAGLIO CLINICO
dell' Ospitale civile di Trento nell'anno 1868

PEL DOTTOR

EMILIO DALLA ROSA

Nell'anno 1868 nell'ospitale civile di Trento, divisione medica, vennero curati 444 ammalati, 295 nella sezione maschile e 149 nelle femminile, dei quali 357 vi pervennero dal giornale di registratura, 7 dalla Casa di Ricovero, 2 dalle sale chirurgiche, e 84 erano rimasti in cura alla fine di Dicembre 1867.

Di questi sortirono dall'istituto:

Guariti	154
Migliorati	63
Senza miglioramento	42
Peggiorati	4
Trasferiti in altre sale	9
Passati alla Casa di Ricovero	18
Morti	81
Rimasti in cura	73
TOTALE	444

Con ciò avemmo un di più di 7 individui nella sezione maschile e di 23 nella femminile, di quelli curati nell'anno antecedente, e di 27 morti (18 maschi e 9 femmine); mentre i rimasti furono 11 meno.

Il numero degli ammalati assunti nei diversi mesi seguì in questo rapporto.

Gennaio	maschi	32	femmine	14	Totale	46
Agosto	»	30	»	15	»	45
Marzo	»	26	»	14	»	40
Luglio	»	18	»	15	»	33
Ottobre	»	20	»	11	»	31
Dicembre	»	21	»	8	»	29
Febbraio	»	22	»	6	»	28
Aprile	»	15	»	9	»	24
Novembre	»	20	»	3	»	23
Maggio	»	12	»	10	»	22
Giugno	»	14	»	6	»	20
Settembre	»	12	»	7	»	19
Somma	»	242	»	118	»	360
Rimasti	»	53	»	31	»	84
TOTALE	maschi	295	femmine	149	Totale	444

I dimessi nei diversi mesi del anno:

Marzo	maschi	24	femmine	11	Totale	35
Febbraio	»	27	»	6	»	33
Agosto	»	23	»	9	»	32
Gennaio	»	22	»	7	»	29
Maggio	»	15	»	8	»	23
Ottobre	»	14	»	8	»	22
Aprile	»	16	»	5	»	21
Luglio	»	11	»	7	»	18
Settembre	»	12	»	6	»	18
Novembre	»	12	»	6	»	18
Giugno	»	10	»	5	»	15
Dicembre	»	10	»	5	»	15
Somma	»	196	»	83	»	279
Morti	»	46	»	35	»	81
Rimasti	»	53	»	31	»	84
TOTALE	maschi	295	femmine	149	Totale	444

Le malattie osservate, avuto riguardo alla loro frequenza, furonsi:

Febbre catarrale 138 casi.

Processi catarrali acuti secondo i diversi sistemi interessati: *pneumo-catarro* 42, quasi tutti in Novembre e Gennaio; *catarro gastrico* 29 (Agosto ed Ottobre); *catarro gastro-enterico* 18, al massimo in Agosto; *catarro intestinale* 9, Aprile e Luglio; *angina catarrale* 6 (Marzo).

Processi catarrali cronici: *bronco-blennorrea* 18 (Marzo, Novembre e Dicembre); *catarro gastrico cronico* 14 (in tutto l'anno); *catarro cronico della laringe* 1 (Marzo); *enfisema polmonare con catarro bronchiale cronico* 1 (Aprile).

Malattie costituzionali discrasiche 97 casi.

Febbre intermittente 42; di cui 19 a tipo terzano, 14 a tipo quotidiano, e 9 a tipo quartano.

Pellagra 27 (12 maschi e 15 femmine) tutti contadini.

Tifo addominale 11 casi in Agosto ed Ottobre.

Scorbuto 8 (solamente carcerati).

Carcinoma 5 casi, di cui 2 al collo dell'utero, 2 al ventricolo (piloro), maschio e femmina, ed 1 al fegato in donna.

Sifilide costituzionale 4 casi.

Tubercolosi 45 casi, osservati in tutto il decorso dell'anno.

Tubercolosi polmonare 32 (19 volte a sinistra, 12 a destra, 1 bilaterale); *polmonare e intestinale* 6; *polmonare e laringea* 2; *delle glandole bronchiali e linfatiche* 2; *delle glandole bronchiali* 2; tubercolosi miliare acuta, con idrocefalo acuto (tub. mil. delle meningi) 1.

Marasmo senile 44 casi.

Inquinamento del sangue 18 casi.

Uremia 4 per nefrite cronica; *piemia* 2 (puerpere); *alcoholismo* 12; in tutto il decorso dell'anno.

Crasi alterata del sangue 14 casi.

Digitized by Google

Leucocitemia 12, fra cui 9 clorotiche (in tutto l'anno); *leucoemia linfatico-lienale* 2.

Vizi strumentali cardiaci 13, in inverno la massima parte.

Insuff. et stenos. valvul. bicuspid. 5; *insuff. valvul. bicuspid*; 2 *stenos. valvul. bicuspid.* 1; *insuff. et stenos. valvul. aortae* 2.

Atheroma aortae 1; *aneurisma aortae descendentis* 1; *degenerazione adiposa del miocardio* 1.

Malattie del sistema nervoso 13 casi.

Sistema nervoso centrale; apoplessia cerebrale (in 3 emiplegia destra, in 1 sinistra (4 casi) in Novembre e Gennaio); *cerebrite reattiva* (cisti apoplettica) 1; meningite purulenta 1 (Maggio); *meningite tubercolosa* (idrocefalo acuto) 1 (Marzo); *idrocefalo cronico* 1 (Febbraio); *mielite cronica* 1 (Novembre).

Sistema nervoso periferico; anodinia cutanea 2 (Marzo e Settembre); *nevralgia isciatica* 1 (Aprile); nevralgia del sopraorbitale periodica 1 (Settembre).

Malattie acute del sistema respiratorio 11.

Pneumonia 9 casi (6 volte a destra, 3 a sinistra), in Marzo, Aprile, Maggio e Settembre; *pleuro-pneumonia* 1 (sinistra); *pleurite* 1 (sinistra).

Nefrite parenchimatosa 11 casi in tutto l'anno.

Coprostasi 7. — *Disenteria* 7. — la più parte in Agosto.

Risipola facciale 6. — *Cirrosi epatica* 4. — *Reumatismo articolare cronico* 4. — *Reumatismo articolare acuto* 2.

Vaiuolo 3 (Febbraio). — Malattia d'Addison 1. — Simulazione 6.

Emorragie polmonari si presentarono 6 volte nella tubercolosi, tanto incipiente, che nel decorso dell'infiltrazione, e furono limitatissime; ed una volta per rottura del sacco aneurismatico dell'aorta discendente, il quale avendo di già usurate le coste e parte delle vertebre, si ruppe verso il parenchima polmonare, causando all'individuo in sei ore la morte.

Degli 81 casi di morte verificatisi, 46 spettano alla sezione maschile e 35 alla femminile.

La loro frequenza nei diversi mesi dell'anno successe nel seguente rapporto:

Aprile . .	maschi	8	femmine	2	Totale	10
Agosto . .	»	5	»	5	»	10
Gennaio .	»	7	»	2	»	9
Marzo . .	»	5	»	4	»	9
Luglio . .	»	2	»	5	»	7
Settembre	»	5	»	2	»	7
Giugno. .	»	2	»	4	»	6
Maggio. .	»	2	»	3	»	5
Ottobre. .	»	3	»	2	»	5
Novembre	»	2	»	3	»	5
Febbraio .	»	3	»	1	»	4
Dicembre.	»	2	»	2	»	4
TOTALE.	maschi	46	femmine	35	Totale	81

Con ciò abbiamo una media mensuale di 6,8.

Di questi: 24 morirono per *tubercolosi;* 11 per *marasmo;* 10 per *pellagra;* 7 per *uremia* (nefrite parenchimatosa); 6 per *pneumonia;* 6 per *tifo addominale;* 4 per *carcinoma* (2 al piloro, 1 al fegato, 1 all'utero); 4 per *malattie del cuore* (2 per insufficienza e stenosi della bicuspidale, 1 per degenerazione adiposa del miocardio, 1 per ateroma diffuso dell'aorta); 1 per *rottura del sacco aneurismatico dell'aorta discendente;* 3 per *apoplessia* (2 volte cerebrale, 1 estra-meningea); 1 per *cerebrite reattiva* (cisti apoplettica); 1 per *meningite purulenta;* 1 per *meningite tubercolosa;* 1 per *delirium tremens* (alcoholismo); 1 per *malattia di Addison.*

Il rapporto della mortalità nella totalità dei curati fu di 18,25 %.

La tubercolosi diede una mortalità di 53,4 %; il marasmo di 25 %; la pellagra 37 %; l'uremia e nefrite parenchimatosa 46,6 %; la pneumonia 66,7 %; il tifo addominale 54,6 %; il carcinoma 80 %; le malattie cardiache 38,5 %; le malattie cerebrali in genere 75 %.

L'età media dei morti risultò 49,86 nel totale, e singolarmente, pei maschi 51,03, per le femmine 48,64.

L'età media dei curati in totale 45,62; pei maschi 41,65, per le femmine 48,54.

L'età media nella tubercolosi fu di 28,05; nel marasmo senile di 81,30; nella pellagra di 45,04; nella nefrite cronica di 48,86; nella pneumonia e pleurite di 34,45; nel tifo addominale di 32,48; nel carcinoma di 48,62; nelle malattie di cuore di 49,63; in quelle del sistema nervoso in genere di 52,06; nell'intermittente di 27,45; nell'alcoholismo di 36,42, nello scorbuto di 29,42; pei processi catarrali acuti di 42,36; pei cronici 38,64.

Malattia d'Addison.

Conti Giambattista di Trento d'anni, 44, di professione pristinaio, ammogliato con 5 figli, la maggiore d'anni 14, il minore d'anni 2, dei quali i primi quattro sono affetti da scrofolosi. Fu più volte da me curato ambulatoriamente per quel complesso di disturbi e sintomi morbosi, che esporremmo a suo tempo più sotto. L'abitazione del paziente, perchè situata all'estremo meridionale della città in una delle sue migliori plaghe, era quasi in aperta campagna, ben ventilata e posta al mezzo giorno; il vitto scarso e triviale. A cagione dell'ostinata stitichezza il paziente abusava di drastici, e pel dolore di testa, capogiro, vertigini, difficoltà di respiro, si faceva aprire due volte la vena mensilmente. Le mie prescrizioni d'allora furono dirette a proibire rigorosamente le emissioni sanguigne, ed a migliorare la dieta, inculcandogli che ogni giorno si cibasse di carne, anche in piccola quantità, e quai me-

Digitized by Google

dicamenti il ferro coi bicarbonati alcalini, e qualche blando eccoprotico. Due volte dovettero somministrarsi gli oppiati, ed ultimamente prese, con vantaggio apparente, il bromuro di potassio.

Il giorno 5 Maggio 1868 per avere un po' di sollievo dalla fatica, più che per troncare le sue sofferenze, si determinò di entrare nell' ospitale di Santa Chiara.

L' individuo, di piccola statura, ha lo scheletro osseo molto sviluppato, con tumefazione di tutte le epifisi, e con curvatura all'esterno pronunziatissima delle estremità inferiori; i capelli sono folti ed oscuri, con pochi bigî frammisti. La sua pelle offre un colorito uniforme particolare, bruno terreo, che sulla faccia e sul ventre e particolarmente sulla cute del pene e dello scroto è più carico ed intenso che altrove, meno sulle estremità inferiori sotto il ginocchio. La cute osservata più da vicino non è tinta uniformemente del suddetto colore, ma questo è più sbiadito attorno l' orificio dei follicoli cutanei, differenza che riesce mirabile veduta attraverso della lente. La congiuntiva del bulbo è nericcia a guisa di coloro che furono per molto tempo sottoposti all' azione della soluzione di nitrato d' argento spruzzata nell' occhio, e dà all' individuo un triste aspetto, ed osservata da vicino, su di essa risaltano dei puntini affatto neri, punti che meno intensi e più grandi, si offrono eziandio sparsi sul tappeto cutaneo bruno, arrivando anche alla grandezza di un grano di lente, e conservando sempre regolare la forma. In maggior numero si veggono sulla faccia e sul tronco, e specialmente sul ventre; pochi sulle estremità, dove si scorgono affatto isolati. Sul petto e sul ventre, poco sul dorso, si nota ancora un' altra specie di pigmentazione cutanea in forma di chiazze irregolari, grandi e piccole, da uno ai quattro centimetri, del colore della fuligine. Di simili chiazze se ne contano due sul ventre, sei sul petto, e quattro sulla parte posteriore del tronco, nissuna in faccia o sulle estremità. La mucosa della labbra, delle gengive, del palato molle e duro, e della lingua, non offre nissuna di quelle svariate deposizioni di pigmento ritenute e pubblicate da Addison come caratteristiche per lo stato qualsiasi morboso del rene succenturiato, ma invece è in alto grado anemica, come pure lo è la congiuntiva delle palpebre. La lingua del resto è biancastra, specialmente verso la radice; le sue papille non offrono stato patologico rimarchevole.

In volto non apparisce nissuna anomalia, nissun disturbo funzionale dei muscoli facciali; la pupilla, dilatata egualmente sì a destra che a sinistra, è di tarda reazione alla luce. I vasi del collo non sono nè dilatati nè pulsanti; nelle giugulari si ascolta distintamente un soffio anemico.

L' esame del torace dà ovunque sopra il polmone un tono di percussione normale, ed il respiro vescicolare è scevro affatto di rantoli catarrali. L' ottusità cardiaca è più ristretta in ispazio e un po' più bassa dell' ordinario. L' impulso dell' apice del cuore non è visibile nè palpabile; i toni debili, ma netti e puri. La frequenza del polso è di 96 al minuto, la diastole arteriosa piccola e compressibile; i movimenti respiratori 32 al minuto; la temperatura piuttosto sotto la norma.

Il volume dell' addome è normale; l' epigastrio un po' sporgente e sensibilissimo alla minima pressione. L' ottusità del lobo destro del fegato sorpassa di poco l' arco costale, il lobo sinistro arriva fino all' arco costale cartilagineo sinistro. La milza è ingrandita di poco del suo volume.

Ai lati della colonna vertebrale, nella regione del muscolo quadrato dei lombi, il dolore accusato dall' ammalato aumenta e cresce col crescere della pressione. L' esame plessimetrico riesce infruttuoso.

L' orina esaminata da me non contiene albumina, nè pigmento biliare, ed altri non trovarono in essa altri pigmenti o materie coloranti particolari. Il paziente esala un odore acuto e penetrante, assai disaggradevole.

I sintomi soggettivi accusati dal paziente sono: spossatezza ed affievolimento di forze, senso di pienezza ed oppressione al ventricolo con assoluta inappetenza, eruttazioni, spesse volte vomito, stitichezza ostinata, frequente cardiopalmo con oppressione di respiro, capogiri e vertigini con costante dolore di testa. Il paziente è moralmente depresso, le sue facoltà mentali però corrispondono soddisfacentemente. Sorprende in lui una viva ansietà, non ordinaria, riguardo alla sua salute, che continuamente lo preoccupa.

L' ammalato non sa dir con certezza l' epoca in cui la sua pelle cominciò ed abbronzirsi, ma la pone assai remota, ed assicura la malattia esser in corso da 5 anni. Egli ne attribuisce la causa al calore del forno, presso del quale era astretto a lavorare, e che dovette abbandonare di poi, non che alla polvere che vien suscitata col maneggio della farina. Le scale che dovea fare giornalmente, per portare il pane nelle famiglie degli avventori della bottega, riescivano da qualche tempo molto disastrose al paziente, a motivo del cardiopalmo e della forte dispnea.

L' ammalato nega qualunque malattia precessa; dice d' aver avuto sempre buona salute, ed assicura non aver sofferto nè d' intermittente nè di sifilide. I genitori di lui son morti di malattie acute in età avanzata, e, da quanto espone, non vi sarebbe germe di malattie gentilizie nella sua famiglia.

Questo quadro sintomatico d' anemia rilevante, di debolezza muscolare e di disturbi gastrici, mancando un' alterazione organica sovra cui poterlo basare; e per di più il particolare colorito della pelle, ed il dolore caratteristico spontaneo della

Digitized by Google

regione lombare, costantemente aumentato dalla pressione; i sintomi nervosi (vertigini) dipendenti da momentanei disturbi di circolazione nei vasi cerebrali, col dolor di testa costante, tutto questo quadro non contrariava all'ammissione di una malattia del rene succenturiato, non essendomi nota altra malattia a cui meglio di questa si confacesse.

La natura poi dell'affezione morbosa dell'organo non ci si rese manifesta; e quantunque nella malattia d'Addison il colorito giallo-bruno della pelle si combini più di frequente colla degenerazione tubercolosa del rene succenturiato, non ci credevamo in diritto di ammetterla, quantunque potesse esistere da per sè stessa, mancando altri sintomi oggettivi. Anche il carcinoma si doveva escludere, e per la degenerazione amiloide mancavano i momenti etiologici. Ascessi, infiammazione cronica interstiziale, non avevano maggior probabilità della tubercolosi dal para-rene.

Non poteva però essere nel nostro caso, che l'alterazione patologica interessasse i soli plessi ventrali del simpatico, e con ciò anche la massa nervea, che si dirama nella sostanza midollare del rene succenturiato, colle sue numerose cellule ganglionari, e che si trattasse semplicemente di atrofia o di degenerazione adiposa dei gangli del sistema nervoso simpatico, giacchè il dolore lombare appalesava un processo patologico più profondo per entro la sostanza del para-rene.

La prognosi, quantunque lo stato dell'infermo e della malattia non fosse allarmante, per analogia dei casi noti, che finora ebbero tutti in tempo più o men lungo esito letale, era sfavorevolissima.

Il primario ordina un generoso salasso contro la dispnea, bagni freddi alla regione del cuore, un'oncia di solfato di magnesia per la stitichezza, e mezza dramma di digitale in infuso per diminuire il battito cardiaco.

Sera. — L'ammalato è di poco più tranquillo, si lagna di non aver avuto scariche, e di dolore all'epigastrio. La frequenza del polso è di 88 al minuto, quella del respiro di 28.

7 *Maggio*, *mattina.* — Il paziente accusa di aver dormito poco e d'esser stato molto inquieto; dice d'esser tormentato da forte dolore di testa, ed è balordo. Nella notte ha avute due scariche. — 16 sanguisughe alle apofisi mastoidee, e ripetizione dell'infuso di digitale del giorno precedente, essendo ritornato il polso sui 104 battiti al minuto; temperatura sotto la norma.

Sera. — Continua lo stato identico.

8 *Maggio*, *mattina.* — L'ammalato passò la notte con grande inquietudine, sortiva continuamente dal letto senza saperne il perchè: discorre da sè stesso, e interrogato dà risposte tarde e poco adeguate. Si lagna però di forti dolori alla testa ed all'epigastrio, ed ai lombi, se vi si comprime. Il polso misura 96 al minuto; la respirazione 24; temperatura bassa.

Sera. — Vomito continuo durante la giornata, con delirio tranquillo, e di più discorsi colla moglie assente. Non può però star fermo, tenta sortir continuamente dal letto, in cui fu necessità assicurarlo, e colle mani continua a cercare, non si sa che, sotto e sopra le coltri del letto. Chiamato, guarda con occhio fisso chi lo chiama, ma non risponde, nè mostra capire le parole mossegli. Durante il giorno ebbe un'abbondante emorragia. Polso 104; respirazione 28; temperatura abbassata. Pupilla dilatata, immobile. Nissun sintoma di paralisi nei muscoli facciali, e nemmeno paresi.

9 *Maggio*, *mattina.* — 12 scariche diarroiche molto abbondanti nella notte. Il delirio continua, e l'ammalato emette grida acutissime di tratto in tratto, per cui lo si deve allontanare dalla sala comune. Rifiuta il cibo, non parla, lo sguardo è stupido, la pupilla dilatatissima, senza reazione alla luce. Leggera contrazione tonica dei flessori. Polso 108; respirazione 36; temperatura bassa. — Salasso.

Sera. — Continua la diarrea ed il vomito cogli altri sintomi; incomincia un po' di edema alle estremità inferiori.

Questo stato continua, aumentando la dispnea e la frequenza del polso, e crescendo in modo rapidissimo il dimagramento, fino al giorno 13, in cui sottentra coma, e dopo 4 ore la morte.

La *sezione* eseguita il giorno successivo, 14 ore dopo la morte, diede il seguente risultato:

Corpo estremamente dimagrato, pannicolo adiposo scomparso, estremità inferiori edematose, muscolatura rosso-bruna.

Ossa craniche simmetriche, sottili, diploe scarsa; dura madre grossa, molto resistente, adesa fortemente alla volta cranica; aracnoidea intorbidata, ingrossata e succulenta massime ai lati del processo falciforme della dura madre, e il suo colore cinericcio sbiadito; vasi vuoti; nel seno falciforme superiore poco sangue coagulato rosso-bruno; negli spazi sotto-aracnoidali molto siero. Cervello duro, compatto; i giri appiattiti; la sostanza corticale cinerea, sottile; la midollare bianco-sporca, senza punti sanguigni visibili. I ventricoli mediocremente ampî, contenenti discreta quantità di siero limpido.

I polmoni liberi, i margini anteriori enfisematici; nei due sacchi della pleura circa una libbra di siero. I lobi inferiori d'ambo i visceri edematosi. I polmoni del resto non offrono nulla di rimarchevole, e sono poco pigmentati. Nissuna macchia sulle pleure. — Nel pericardio circa 4 oncie di siero giallastro; il cuore, modicamente contratto, non presenta deposizione di pigmento ed ecchimosi nè sul pericardio, nè sull'endocardio. L'atrio sinistro contiene sangue coagulato rosso-

Digitized by Google

oscuro in poca quantità, il ventricolo sottoposto un coagulo giallo-sporco sbiadito, fibrinoso, che passa nell' aorta. L'atrio ed il ventricolo destro contengono sangue rosso-nerastro coagulato. Nissuna anomalia offrono le valvole, nè i fili tendinei, nè l'impalcatura trabecolare del cuore col resto del miocardio, che è piuttosto sottile. L'intima dell'aorta e della polmonare liscia. — Le glandole bronchiali tumefatte e ricchissime di pigmento.

Fegato della solita grandezza, anemico, senz'altro di rimarchevole; nella cistifellea discreta quantità di bile giallo-oscura.

Il volume della milza maggiore del normale, e precisamente misura 12 centimetri in lunghezza, 9 in larghezza e 6 in grossezza; capsula discretamente tesa, ma non ipertrofica, la consistenza ragguardevole, la polpa violetto-oscura, le vescicole malpighiane prominenti dalla faccia del taglio.

Il ventricolo dilatato; la mucosa rugosa e granulata, coperta di uno strato mucoso biancastro, denso e tenace, il suo colore rosso-oscuro, con chiazze fuliginose tondeggianti della grandezza dei faggiuoli, ed altre più piccole ecchimosi color della ruggine. Nel duodemo, e più rare nell' ileo, sporgono le glandole del Brunner ed i folicoli solitari a guisa di noduli pigmentati; il resto della mucosa anemica in alto grado. Nel crasso, particolarmente nel colon trasverso, ritornano, in numero ragguardevole, le chiazze fuliginose del ventricolo.

I reni succenturiati sorpassano tre volte circa le naturali dimensioni, ed il destro supera in grandezza il sinistro. La loro superficie è irregolare, bernoccoluta; le capsule di tessuto connettivo, da cui sono attorniati, ingrossate; al tatto essi sono duri oltremodo e compatti. La faccia del taglio risulta granulosa, e la struttura dei singoli noduli consta di una capsula di tessuto connettivo indurito con degenerazione caseosa nel centro, del colore della ruggine, che è ben distinto dai fascetti di tessuto connettivo, che a guisa di sepimenti frastagliano in isole più o men grandi la massa dell' organo. In nessuna parte si veggono tubercoli od ascessi. La distinzione fra la corticale e la midollare è impossibile. I nervi non offrono anomalie.

I nervi del plesso solare ed i gangli semilunari, preparati colla maggior possibile accuratezza, sono attorniati da una membrana compatta e dura di tessuto connettivo.

Le glandole del mesenterio sono tumefatte ed infiltrate di sostanza midollare pigmentata.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

M. Wolff. — *Tre casi di malattia di Addison.* — Dalla clinica del Prof. Thierfelder (Rostock). (Berlin. klin. Wochenschrift, N. 17, 18, 19, 22. 1869.

I casi di malattia di Addison sono così rari in confronto delle altre malattie, e le vedute sulla sua essenza sono ancora tanto diverse, che ogni nuovo caso osservato clinicamente, e confermato dall' autopsia, ha diritto alla pubblicità.

Le vedute teoretiche, che si hanno rapporto a questa malattia, sono le seguenti:

Addison, che già da gran tempo aveva posto attenzione ad un complesso di sintomi, risultante da generale spossatezza, debolezza muscolare, grande sensibilità alla regione epigastrica, tendenza al vomito, aspetto anemico, e più o meno sollecita colorazione bronzina della cute, trovò spessissimo negli individui morti sotto l'aumento dei suddetti sintomi, un' alterazione delle capsule soprarenali, senza che durante la vita si fosse potuta dimostrare alcuna lesione degli organi interni.

Nell'anno 1855 egli pubblicò una monografia, in cui comunicò 11 casi, e giunse alla conclusione, che in genere il fondamento principale per la malattia, più tardi contrassegnata col suo nome, è in un' alterazione dei reni succenturiati, ma che però essa non si riferisce ad un determinato processo patologico di quegli organi. Con il numero crescente delle sezioni si stabilì, che preferentemente la tubercolosi delle capsule soprarenali è quella alterazione, che si combina con la colorazione bronzina della cute; per altro non è buona la conclusione che si trasse da ciò, cioè che la tubercolosi delle capsule soprarenali sia da considerare come il reperto anatomo-patologico specifico per la malattia di Addison; poichè non si possono negare i casi di carcinoma, di degenerazione amiloide, ed infiammazione interstiziale cronica dei reni succenturiati, insieme con la presenza di tutti i sintomi voluti da Addison. — Contemporaneamente furono pubblicate osservazioni da diverse parti, in cui mentre da un lato mancava la colorazione bronzina della pelle in alterazioni gravissime delle capsule soprarenali, dall'altro si aveva una squisita pigmentazione della cute, senza che vi fosse combinata la minima alterazione dei detti organi. Di tali fatti non tardò a sentirsene il contraccolpo nelle vedute teoretiche. Fu posta da banda come non essenziale l'affezione delle capsule soprarenali, l' esistenza della malattia di Addison fu negata come morbo speciale, e la colorazione bronzina fu riferita ad anemia od a cachessie di diversissime forme. Le vedute teoreti-

Digitized by Google

che presenti inclinano di più a vedere l'essenza della malattia in un'affezione del sistema nervoso simpatico, ed appunto perchè da un lato le moderne ricerche istologiche hanno dato per risultato, che verosimilmente la sostanza midollare dei reni succenturiati è una massa nervosa con numerose cellule ganglionari simpatiche; e dall'altro a motivo delle alterazioni patologiche, che si sono trovate, benchè fin qui raramente, nel simpatico del ventre, nei casi di questa malattia. Le alterazioni dimostrabili consistevano in parte nella degenerazione grassosa del ganglio semilunare e del plesso solare, in parte nell'inspessimento dei nervi di quest'ultimo, ed in parte nell'atrofia del simpatico del ventre. — Come si vede la dottrina della malattia di Addison trovasi in uno stato abbastanza ipotetico, e di più recentemente alle esistenti ipotesi se ne è aggiunta anche una chimica.

»Secondo le indagini di Cloez e Vulpian, nelle capsule soprarenali trovasi l'acido taurocolico. Forse un'aumentata produzione di questo acido, ovvero il suo aumentato passaggio nel sangue, è ciò che produce le mutazioni patologiche; ne verrebbe una rapida distruzione dei globuli del sangue, (quindi la oligoemia quasi sempre esistente), un'aumentata decomposizione della materia colorante del sangue, che è da considerarsi come la sostanza madre di tutti i pigmenti, ed in conseguenza anche la possibile aumentata deposizione di pigmento nel reticolo malpighiano, preferentemente disposto per tali deposizioni. Mediante la presenza dell'acido taurocolico nel sangue sarebbe anche spiegata la diminuita forza del cuore (1).»

In ogni caso per quanto si possa essere di diverso parere sopra l'essenza della malattia, pure riman fermo che dopo le indagini di Addison si è autorizzati da certi sintomi a trarre nel campo delle possibilità diagnostiche l'affezione delle capsule soprarenali.

Il primo caso, che io ebbi occasione di osservare nella clinica del Prof. Thierfelder, riguarda un fattorino dell'età di 16, anni che sino al principio di Giugno 1868 era stato supposto sempre sano, ed aveva atteso senza incomodo al suo lavoro. Circa a questo tempo egli ammalò repentinamente senza causa speciale, con un senso di grande prostrazione, affanno di respiro, palpitazione di cuore, ed in pochi giorni dimagrò moltissimo. Dopo aver subita la cura medica per tre settimane in un ospedale, ritornò migliorato alla propria casa. Le palpitazioni erano interamente cessate, era svanita la sensazione di debolezza, ed il paziente potette lavorare di nuovo. Cinque settimane dopo il principio della malattia, e si suppose dopo l'uso di frutta immature, perdette l'appetito, ebbe vomiti copiosi, e si osservarono ben presto alterazioni cerebrali, che, il medico chiamato a visitarlo, pensando ad un'affezione cardiaca, spiegò come dipendenti da embolismo (deliquio che durò circa una mezz'ora, cecità repentina, rapidamente passeggiera, loquela difficile, e fenomeni di paresi nel braccio e gamba del lato destro). I medesimi sintomi si ripeterono in appresso ancora una volta, ed inoltre sopravvenne dolore nella metà destra della faccia. Il paziente giacque quasi sempre in letto dalla metà di Luglio in poi, e gli incomodi, insieme a grande spossatezza, consistevano principalmente in disturbi gastrici (mancanza di appetito, senso di oppressione all'epigastrio, coprostasi piuttosto ostinata, e di quando in quando vomiti biliosi). Il tutore del paziente narra che durante tutto il tempo della malattia ebbe «macchie epatiche», e che il suo aspetto era diventato scuro. Nulla di più esatto fu dato raccogliere dal tutore e dallo stesso malato, circa il tempo in cui si originarono tali macchie e tale aspetto; però è certo che egli ne era esente innanzi alla presente malattia.

Nel 5 Ottobre dello scorso anno il malato venne nella nostra clinica, e al suo ricevimento ci cadde subito sott'occhio la speciale pigmentazione della cute, in individuo magro e discretamente debole. — Tutta la cute è di un colore bruno-sporco, il qual colore è più intenso nella faccia, nella nuca, nella piegatura delle ascelle, nelle mani, nel basso ventre, sopra la rotula e sulla faccia dorsale del piede; mentre i punti, che normalmente sono per lo più pigmentati, come i contorni del capezzolo e dell'ombellico, e la linea alba, non sono oscuri come gli altri punti. Su questo fondo bruno generale trovansi due specie di macchie pigmentali; la prima specie è di un bruno molto oscuro, quasi nero, della grandezza da una testa di spillo a quella di una lenticchia, e per lo più di una grandezza media fra questi due limiti. Di tali macchie, precisamente a forma di neo, ne esistono ben 40 sulla faccia, in modo da darle un aspetto quasi pezzato, circa una dozzina sulla nuca, molte del pari sugli avambracci e sulle mani, ed in minor copia sulle braccia, sulle coscie; sull'addome e sul dorso. Le macchie della seconda specie, che sono anche molto più numerose di quelle descritte, e che per la loro grandezza, colore e margini spesso slavati, rammentano le lentiggini, trovansi più confluenti sulla faccia, quindi nelle braccia, e meno ancora sulla superficie anteriore del torace. Nelle natiche, ed appunto nella loro metà esterna sino al gran trocantere, la pigmentazione ha un aspetto più affumicato; lo stesso avviene nel contorno della scapola, ed inoltre trovasi una macchia della grandezza circa di un tallero, e del medesimo colore, fra il

(1) Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1867, II. Band. 1 Abth. pag. 309.

Digitized by Google

limite del terzo medio e superiore della coscia e sul lato sinistro del torace. Specialmente su queste grandi macchie, ma ancora su molte altre parti della cute, i punti corrispondenti ai follicoli piliferi sono meno fortemente pigmentati di quelli che sono fra mezzo, cosicchè la pigmentazione assume una forma reticolata. La capigliatura del capo è biondo-scura; sulla parte sinistra trovansi alcuni capelli bianchi; nella congiuntiva del bulbo, e nell'angolo interno dell'occhio di ambedue i lati, trovasi una parte leggermente pigmentata di bruno, e a margini sfumati, di alcune linee di diametro; il resto della congiuntiva è di un bianco perlaceo. In questo caso esiste anche la pigmentazione della mucosa della bocca, indicata da molti come specialmente caratteristica; mostrasi una deposizione di pigmento giallo-bruno nella metà destra del palato duro, nella superficie interna dei labbri superiore ed inferiore, e nel margine libero delle gengive degli incisivi superiori ed inferiori, mentre tutto il resto della mucosa della bocca è pallido ed anemico.

Mancano i punti *albinici*, che già aveva descritti Addison, come anche i tessuti cicatricei rimasti privi di pigmento. La lingua non è nè intonacata, nè notevolmente arrossata, le papille non hanno uno sviluppo abnorme, il che merita di esser ricordato a proposito dei sopra menzionati disturbi gastrici. Sulla lingua non si scorgono le macchie di pigmento, che sono state osservate in altri casi. — Questo è il reperto ritratto dall'esame della cute e delle mucose visibili.

L'esame degli organi del petto dà dapertutto suono normale alla percussione e respirazione vescicolare, senza traccie di catarro. Ottusità cardiaca normale. La punta del cuore non si vede e non si sente battere, i tuoni sono netti, ma però deboli. Il polso è piccolo, si comprime facilmente, e dà oltre a 100 pulsazioni al minuto; la febbre manca, e la temperatura nel primo esame del malato segna 37, 6. — Il ventre è molle dapertutto; è solo abnorme la viva sensibilità alla pressione sull'epigastrio. L'ottusità del fegato in niun luogo sorpassa l'arco costale destro, si estende tre diti sopra la punta del processo xifoide, e raggiunge la metà sinistra del torace nella 7.ª cartilagine costale. La milza non è ingrandita. La pressione è dolorosa da ambo i lati sulla regione lombare posteriore. — Nella faccia in niun luogo si notano fenomeni di paralisi, sola la pupilla destra è più ampia della sinistra; la reazione alla luce è egualmente buona in ambedue. All'esame oftalmoscopico mostrasi pulsazione venosa, nelle vene di ambedue le papille del nervo ottico, ma specialmente più forte nella destra. Il centro del tubercolo del nervo ottico è bianco; nel circuito di ambedue le papille, ed anzi più all'esterno che all'interno, vedesi un orlo fortemente pigmentato, non però di colore diverso da quello che si ha occasione di vedere anche in molti individui normali. — L'orina coll'ebollizione, e con l'aggiunta dell'acido nitrico, dà un leggiero intorbidamento albuminoso; non si hanno traccie di pigmento biliare.

Le attuali doglianze subbiettive si riferiscono alla grande debolezza, alla frequente palpitazione di cuore, ed alla mancanza di appetito.

Per questi sintomi, non che per l'anemia, debolezza muscolare, disturbi gastrici, piccolezza del polso, e mancanza di ogni lesione di altri organi, insieme alla squisita pigmentazione della cute, la diagnosi più verosimile fu di affezione delle capsule soprarenali, massimamente perchè il dolore continuo alla regione lombare, secondo altre osservazioni, si riferisce per lo più a questi organi.

Circa l'ulteriore corso della malattia sin verso alla fine, io posso esprimermi con poche parole. tanto più, che i sintomi, durante la grande durata del morbo, di poco si differenziarono da quelli che sono stati osservati fin qui negli altri casi; solamente i sintomi finali febbrili non sono stati ancora descritti da alcuno, per quanto abbia ricercato nella letteratura medica.

Il malato fu in cura dal 5 Ottobre del 1868 sino al 26 Gennaio 1869. Durante questo tempo i fenomeni gastrici furono quelli, che molestarono di più l'infermo. Mancanza di appetito, oppressione all'epigastrio, frequenti eruttazioni, sapore cattivo alla bocca, hanno costituito le giornaliere lagnanze del paziente. Spesso si è avuta tendenza al vomito: ma vomiti veri sopravvennero solo nei primi giorni dopo il suo ricevimento (7 Dicembre): da quel tempo l'infermo non ha vomitato più, sino a breve tempo innanzi alla sua morte, in cui sonosi verificati vomiti frequenti. La defecazione fu sempre alquanto ritardata; ogni 2-3 giorni una scarica di materie solide, solo una volta nell'Ottobre (23), ed una volta nel Gennaio (24), si ebbe poca diarrea e passeggiera. Il polso, durante tutto il tempo nell'osservazione, fu accelerato, per lo più si teneva fra 80 e 90 pulsazioni al minuto, e nei più piccoli affaticamenti muscolari si aumentava sino sopra a 100 (116-120); era inoltre piccolo e facilmente comprimibile. In opposizione notevole con l'aumentata frequenza del polso era il numero medio proporzionatamente piccolo delle respirazioni; esso ascendeva ad 11-12 al minuto, il minimum è stato 8 con una frequenza di polso di 100, ed il maximum 32 con 102 pulsazioni.

Questa frequenza massima della respirazione è stata osservata verso il fine (22 Gennaio), in un tempo in cui, in genere, era più elevata la frequenza del polso e della respirazione. Qui non si ebbe nulla della notevole sproporzione fra i fenomeni fisici del polmone durante la vita, ed il reperto anatomico, come fu segnalata da altri;

Digitized by Google

poichè per tutto il tempo, in cui fu osservato il malato, si udiva dapertutto la respirazione vescicolare netta, e la sezione, tranne un piccolo focolaio bronco-pneumonico, mostrò solo alterazioni molto leggiere ed antiche del polmone, che difficilmente erano diagnosticabili intra vitam.

Nell'Ottobre il malato giacque per lo più in letto, perchè temeva ogni affaticamento, che gli produceva subito oppressione e stanchezza. Verso il fine di Novembre, in Dicembre e nel Gennaio, egli si sentiva meglio, cosicchè poteva stare fuori del letto senza fatica, da principio per una mezz'ora ed in appresso per parecchie ore del giorno. Tali miglioramenti transitori sono stati osservati in altri casi con contemporaneo impallidimento della pigmentazione cutanea. In un caso, che è stato comunicato nella Gazzetta medica di Vienna 1860, N. 1 (Prof. Seitz), si sollevò lo stato delle forze, mentre il coloramento della cute, che del resto non era stato molto forte, s'impallidì sempre più, e l'infermo già nel terzo anno di malattia potette ritornare al suo lavoro. Il Prof. Seitz ascrisse l'esito favorevole all'azione del ioduro di potassio.

Nel caso nostro è parso a tutti quelli che hanno veduto più spesso il malato, che nel tempo in cui esso si sentiva bene, qualcuna delle macchie neiformi della faccia assumesse un colore più chiaro, senza però sparire totalmente. Per altro non si è constatato un inpallidimento generale della cute, come all'inverso non si è al certo verificata alcuna nuova macchia di pigmento melanotico durante un osservazione di mesi 3 ½. — Verso il fine di Novembre furono posti in diversi punti alcuni vescicatori, ed anzi in quei punti dove esistevano le macchie nere della specie descritta per prima. Dall'esame dell'epidermide distaccata risultò, che in niun luogo di essa esistevano funghi, e che quindi non si era fatto scambio fra la pigmentazione della cute e la pityriasis versicolor, come suole accadere. Contemporamente i punti, dove erano stati posti i vescicanti, mostravano un colorito grigio affumicato, per cui si distinguevano chiaramente dalle parti circostanti di colore bruno sporco. Tali prove d'irritazione della cute sono state fatte più volte, e la più intensa pigmentazione delle parti irritate è tanto meno caratteristica per la presente malattia, in quanto che si origina una colorazione bruna anche nella pelle del tutto normale, ed in cui siano stati applicati i vescicanti ed i senapismi. — La traspirazione cutanea aveva un odore speciale spiacevolissimo; solo in appresso ho saputo, che ciò è stato osservato anche in altri casi.

Sebbene nello stato di salute del malato fosse sopravvenuto un essenziale miglioramento, ciò non pertanto si dovette stabilire una prognosi sfavorevolissima, poichè, secondo l'esperienza di tutti gli osservatori, la maggior parte dei casi finisce con la morte. La prognosi si confermò, ed anzi molto prima di quello che si sarebbe potuto aspettare.

Nel 22 Gennaio circa le 5 pomerid. il malato fu preso repentinamente da brividi di freddo, dopo che nella mattina dello stesso giorno si era sentito completamente bene; in pari tempo sopravvenne nella sera leggiera febbre, mentre il malato era stato prima sempre apiretico, ed anzi aveva mostrato per lo più una temperatura subnormale.

Mattina. — Temp. 37, 2; Puls. 102; Resp. 32.
Sera. — » 37, 8; » 92; » 24.

23 Gennaio. — Nella notte dal 22 al 23 sonno inquieto; nel mattino ripetuti brividi, malessere e sensazione di grave debolenza.

Mattina. — Temp. 38, 8; Puls. 111; Resp. 24.
Sera. — » 40, 2; » 120; » 20.

24 Gennaio. — Il malato sta apatico la maggior parte del giorno. La pressione sull'epigastrio risveglia viva sensibilità come prima.

Verso sera si stabilisce una leggiera diarrea. Le misurazioni della temperatura sono state fatte più frequentemente tanto in questo, che nel seguente giorno, affine di potere acquistare un'idea più esatta di questa febbre non condizionata ad alcuna alterazione obbiettivamente dimostrabile.

Ore	1 antim.	Temp.	40, 0	
»	4 »	»	38, 4	
»	7 »	»	38, 0	Puls. 112. Resp. 24.
»	10 »	»	38, 0	
»	1 pom.	»	38, 0	
»	4 »	»	37, 6	
»	7 »	»	38, 0	Puls. 110. Resp. 24.
»	10 »	»	38, 2	

25 Gennaio. — Nella notte dal 24 al 25 presentasi per la prima volta il dolore di capo; nel mattino leggiero freddo, ripetute eruttazioni, ed una volta vomito di liquido chiaro ed in gran parte acquoso. Verso le 9 ore grande irrequietezza improvvisa; il malato si rotola sul letto, getta via la vescica di ghiaccio, che gli era stata applicata a motivo del dolor di capo accresciutosi, desidera di bere, e dà sdegnose risposte alle domande, che gli vengono fatte. Questo stato di eccitamento, che dura circa due ore, vien seguito da depressione profonda. Verso 11 ore il malato cade in sopore; è completamente insensibile agli eccitamenti esteriori; le pupille sono fortemente dilatate, e rimangono immobili alla luce; le estremità superiori ed inferiori si trovano in leggiera contrazione tonica. Il malato rimane nel coma profondo sino alle 7 di sera, in cui ritorna improvvisamente la coscienza. Verso mezzanotte, dopo aver gustato un po' di latte, vien preso di nuovo da vomito. Le temperature in questo giorno sono:

Ore	1 antim.	39, 0		
»	4 »	38, 0		
»	7 »	38, 0	Puls. 117. Resp. 28.	

Digitized by Google

Ore 10 non fu misurata a motivo dell'irrequietezza del malato.
» 1 pom. 36, 8
» 4 » 37, 0
» 7 » 37, 2
» 10 » 37, 6 Puls. 108. Resp. 20.

26 Gennaio. — Verso le 10 del mattino, freddo più forte che nel giorno scorso, e tale da far battere i denti al malato; le estremità si fanno fredde; le labbra e le matrici delle unghie delle mani e dei piedi hanno un colore bluastro; la faccia è affilata; la pelle mostra i sintomi della *cutis anserina*, il polso è molto frequente. I vomiti si ripetono più volte nella mattinata, e le materie reiette hanno un aspetto verde-bilioso. Alle domande il malato risponde tardo e balbuziente; per altro non sono osservabili fenomeni di paralisi sulla lingua e sulla faccia, all'infuori del leggiero dilatamento della pupilla destra, in confronto della sinistra. La morte segue circa le 7 pom. in uno stato semi-comatoso, con crescente piccolezza e frequenza del polso, e con aumentantesi temperatura.

Temperatura di questo giorno:
Ore 1 antim. 37, 4
» 4 » 37, 0
» 7 » 38, 0 Puls. 148. Resp. 18.
» 10 » 39. 6
» 11 » 39, 8
» 12 » 40, 2
» 1 pom. 40, 4
» 2 » 40, 2
» 3 » 40, 2
» 4 » 40, 4
» 5 » 40, 4 Puls. innumerevoli Resp. 45.
» 6 » 40, 4
» 7 » 40, 6

Reperto anatomico. — La sezione fu fatta 15 ore dopo la morte. Tralascio di descrivere la pigmentazione della cute, perchè concorda presso che pienamente con quella che fu descritta nello *stato presente* del 5 Ottobre. Aggiungo solo che manca la pigmentazione degli organi interni, quale vien descritta da Addison. Alcune macchie sull'epicardio e sulla pleura rammentano per il loro colore oscuro le macchie della cute, ma considerate più da vicino, devono riguardarsi per antiche macchie ecchimotiche.

L'ulteriore trovato cadaverico è il seguente:

Corpo moderatamente nutrito; in proporzione la musculatura è meno sviluppata del tessuto adiposo, il quale ultimo sulle pareti del ventre ha quasi la spessezza di 1 centim. La musculatura del tronco è rosso-bruno-chiara; cartilagini costali molto elastiche; il polmone sinistro è aderente nel suo apice per mezzo di alcuni brevi pseudolegamenti; il destro è perfettamente libero.

Il sacco pleurale sinistro vuoto; nel destro circa 20 centim. c. di siero pallido e chiaro.

Nel pericardio una quantità insignificante di liquido simile.

Il cuore è discretamente sodo e contratto; nell'orecchietta sinistra un coagulo lardaceo membranoso; nel ventricolo sinistro una discreta quantità di sangue scuro e fluido.

Il cuore destro è riempito da un coagulo pure lardaceo.

La grandezza del cuore è corrispondente allo sviluppo del corpo; l'epicardio nella sua superficie è alquanto opalino, e mostra macchie ecchimotiche scure. — L'endocardio dell'orecchietta destra è piuttosto opaco in rapporto all'età dell'individuo. La spessezza delle pareti del ventricolo destro è poco aumentata; nel cono dell'arteria polmonale normale; apparato valvolare normale.

La membrana intima dell'aorta ascendente, in vicinanza del seno del Valsalva, è leggermente inspessita.

Il polmone sinistro è solo scarsamente pigmentato; nel suo lembo anteriore è pallido, e leggermente enfisematoso, nel margine posteriore è rosso; nell'intera superficie dei margini inferiori e nella sua base macchie ecchimotiche di un rosso-chiaro. Qua e là nella superficie del polmone si trovano, in parte trasparenti attraverso la pleura liscia e splendente, ed in parte poste anche sulla pleura stessa, un gran numero di macchie quali più piccole, quali più grandi, in parte a margini distinti, che rinvengonsi dapertutto tra i lobuli, e che per il loro colore non si distinguono quasi dal pigmento ordinario. Solo un'unica macchia, posta nel margine inferiore del lobo superiore, è molto più oscura delle altre. Nel lobo superiore alcuni noduli miliari, apparentemente corrispondenti alle diramazioni dei bronchi, orlati di pigmento, e nella base del lobo superiore un focolaio cuneiforme della grandezza di un uovo di piccione.

La superficie del taglio di esso è bianco-grigia, granulata, e dalla sezione dei bronchi con la pressione sgorga un pus bianco, liquido e viscoso. Nelle arterie polmonari, che conducono al focolaio, non si scorge alcun embolo. La parte posteriore ed inferiore del polmone è molto ricca di sangue e povera di aria; le glandole bronchiali discretamente pigmentate; la mucosa dei bronchi normale. In un punto dilatato di un bronco del lobo superiore trovasi una concrezione calcare giallognola più grande di una lenticchia.

Il lobo inferiore del polmone destro mostra nei suoi segmenti anteriore e posteriore un discreto edema; del resto è come quello dell'altro lato; anche in questo pulmone, e preferentemente nel lobo superiore, si trovano alcuni piccoli noduli bronchiali e peri-bronchiali. Nulla di notevole nella pleura costale, nel pericardio parietale.

Il fegato è di ordinaria grandezza, e contiene sangue in quantità piuttosto grande; alcuni grup-

Digitized by Google

pi di acini sono alquanto anemici. Le glandole del mesenterio sono grandi, dure e molto tumide. Nella cistifellea, bile bruna piuttosto in abbondanza.

La milza più grande del normale, 11 centim. lunga, 8 larga e 4 spessa; la polpa è violetto-scura e discretamente soda; i corpuscoli del Malpighi sono visibili in gran numero, ingrossati e di un grigio-chiaro-torbido.

La porzione pilorica della stomaco mammellonata; circa un pollice distante dal piloro un'ulcere di ½ centim. di diametro.

Nel duodeno la mucosa è disseminata di noduli della grandezza di una testa di spilla, leggermente pigmentati e scavati nel loro centro, corrispondenti alle glandole del Brunner.

Riguardo all'intestino tenue lo sviluppo dei follicoli solitari è più scarso nel digiuno, più abbondante nella metà superiore del ileo, e più ancora verso la valvola ileo-cecale. Le placche del Peyer sono per la più parte molto prominenti, nel cieco, e nel colon ascendente sporgono del pari anche i follicoli.

La vescica è molto contratta, la mucosa ne è pallida.

Il cervello è grande; nella metà anteriore della convessità del cervello i giri sono larghi, ed i solchi alquanto appianati. La sostanza cerebrale è pallida, molle ed edematosa.

Nei reni nulla di abnorme.

Ambedue le capsule soprarenali sono almeno tre volte più grandi del normale; la sinistra giunge sino all'ilo del rene; esse sono irregolarmente scabrose, estremamente dure al tatto, e trovasi inspessita la loro membrana fibrosa. Sulla superficie del taglio appariscono nodose, ed i singoli noduli sono attorniati da un tratto di tessuto connettivo, e sono caseificati in alcuni punti più o meno centrali.

Macroscopicamente non si vede niente della sostanza normale dei reni succenturiati; non trovansi in essi affatto tubercoli.

Tanto i nervi del plesso solare, quanto i gangli semilunari, ed i rami nervosi che vanno alle capsule soprarenali, sono attorniati da un involucro di tessuto connettivo duro e calloso. Alcuni nervi del plesso solare, innanzi il loro punto d'ingresso nel corrispondente ganglio semilunare, mostrano un inturgidimento a forma di ampolla.

Dall'esame microscopico della cute risulta, che una materia colorante, di un bruno-giallastro, trovasi sparsa tanto abbondantemente nelle cellule del reticolo Malpighiano, da non riuscire più visibili i nuclei a motivo della grande quantità di pigmento. Nelle cellule poste più avanti verso lo strato corneo il pigmento decresce, e manca del tutto nelle cellule dell'epidermide. Nei punti che assomigliano ai nei, il pigmento è molto bruno, come pure è più intenso negli orli delle cellule che circondano immediatamente le papille. Però la pigmentazione non si limita solo allo strato mucoso, ma si continua anche a modo di punti sulla stessa papilla e sugli strati orizzontali della cute. Si mostrano cioè alcune papille ripiene del medesimo pigmento molto bruno, come le cellule dello strato mucoso; inoltre nella cute sotto questi punti neiformi si trovano cellule di pigmento in parte fusiformi ed in parte più ramificate. Questo caso combina dunque con quello di estesa pigmentazione pubblicato da Virchow e Recklinghausen nel Berlin klin. Wchnschr. N. 8 e 9, 1864, e soltanto ne differisce in ciò, che in questo non può dimostrarsi che il pigmento occupi i vasi ed i nervi della cute, come in quel caso.

L'esame microscopico dei reni succenturiati, mostra in alcuni punti abbondanti tratti di tessuto connettivo fibrillare, che qua e là è fornito di cellule fusiformi, mentre nulla può qui scuoprirsi degli elementi normali di questi organi. In altri punti il tessuto connettivo è molto più scarso, ed in esso sono racchiuse molte cellule parte rotonde e parte più irregolari, con grandi nuclei e nucleoli, che corrispondono alle cellule normali contenute nella sostanza midollare dei reni succenturiati. Qua e là nella sostanza midollare s'incontrano cellule che sorpassano per tre volte in grandezza le precedenti, del pari nucleate, e che con verosimiglianza rappresentano le cellule gangliali simpatiche, che trovansi nelle capsule soprarenali. Nelle parti apparentemente caseose trovansi cellule raggrinzate, e molto detritus finamente granuloso. — In sostanza trattasi quindi di un processo infiammatorio cronico nelle capsule soprarenali, con neo-formazione di tessuto connettivo, e scarsa metamorfosi caseosa del prodotto flogistico. La sostanza normale delle capsule soprarenali in alcuni punti è completamente perduta fra la neo-formazione di tessuto connettivo, all'incontro in altri punti è mantenuta nella sua essenza.

L'esame microscopico dei gangli semilunari dà per risultato, che un gran numero di cellule gangliari è per la più parte ben mantenuto, e mostra un nucleo chiaramente visibile; solo qua e là trovansene alcune riempite da molecole di grasso. Le fibre nervee con midolla di Remak, e le altre, poste pure nei gangli, non mostrano alcunchè di abnorme. Notevole all'incontro è l'aumento del tessuto connettivo nei gangli, che cade subito sott'occhio, quando si paragoni con un ganglio semilunare di un individuo che non sia morto per la malattia di Addison. Il tessuto connettivo è pure fibrillare, e qua e là è munito di cellule fusiformi. — Gli inturgidimenti a forma di ampolla, che presentano alcuni nervi del plesso solare prima di entrare nel corrispondente ganglio semilunare, si qualificano al microscopio per piccoli gangli con cellule gangliari ben mantenute, in cui l'iperplasia del tessuto connettivo è evi-

Digitized by Google

dente fra le cellule gangliari nell' istesso modo come nei gangli semilunari. Se questi piccoli gangli siano o no abnormi nel corso delle diramazioni del plesso solare, io non azzardo di deciderlo in vista della frequenza dei gangli nelle diramazioni periferiche del simpatico; in ogni caso essi sono degni di osservazione, posti così immediatamente innanzi ai gangli semilunari. Dall'esame di alcuni nervi del plesso solare non risulta alcunchè di abnorme, all'infuori dell'ispessimento del nevrilema, dimostrabile anche macroscopicamente. I preparati che sono stati per lungo tempo nell' acido osmico, affine di colorire in nero la midolla nervea, e così poter veder bene il numero delle fibre con midollo e senza, non mostrano alcun cambiamento nè nel numero, nè nell' ordinamento di queste due specie di fibre. Il processo morboso nei gangli e nei nervi si addimostra come essenzialmente procedente con neoformazione di tessuto connettivo, in modo però che per questo non arrivino ad essere atrofizzate nè le cellule gangliari, nè le fibre nervee.

Ora io ho solo da aggiungere alcune parole di *epicrisi;* in genere la sindrome sintomatica concorda nel nostro caso, con quella indicata nella maggior parte dei casi. Anemia, debolezza, palpitazione e vomiti, con coloramento della cute ne furono i principalissimi segni. Mancò tanto la tendenza alla diarrea, quanto la costipazione ostinata, che trovansi descritte in altri casi. Anche in relazione alla durata della malattia il caso nostro si è mantenuto nella categoria del più gran numero dei casi; essa non fu a corso tanto acuto, che ne seguisse in pochi giorni la morte, nè tanto cronico come in certi casi, in cui la malattia ha durato per anni. Da un altro lato però non si è in questo caso verificato ciò che dice Hutchinson, cioè che si esige almeno la durata di un anno, perchè si produca la pigmentazione della cute. — Ciò che v'ha di raro nel nostro caso è l'esito febbrile. Moltissimi osservatori hanno veduto avvenire la morte in istato di prostrazione e crescente debolezza, ovvero la morte rapida con delirio e convulsioni, morte in istato « tifoso », ma in nessun luogo, per quanto mi è stata accessibile la letteratura medica, io trovo che sia stato osservato in tale stadio un innalzamento di temperatura come nel caso presente. Questo fenomeno della febbre non è stato spiegato durante la vita mercè una nuova malattia organica, nè dopo la morte mercè il reperto anatomico. Se si porta la considerazione sull' ultimo giorno, in cui le misure furono prese di ora in ora dalle 10 del mattino, cioè fin da quando incominciò il freddo, si osserva una curva febbrile, che corrisponde perfettamente con quella di un'intermittente. Il paziente morì nell' acme della temperatura, e perciò non è stato possibile di osservare il decremento di essa sino alla norma, od anche al disotto. Per altro l' osservazione dei giorni precedenti, dal 22 Gennaio in poi, c' insegna che noi avemmo a trattare con una febbre intermittente irregolare; poichè nei giorni 22, 24 e 25 si ebbero dentro le 24 ore periodi con temperatura normale, ed anzi una volta con temperatura sub-normale, cioè 36, 8. Si domanda ora la spiegazione di questa febbre intermittente. Si potrebbe pensare ad un intermittente da malaria, ma la malaria non domina nella città, nè nell' ospedale fu osservato alcun caso di febbre intermittente, all' infuori di uno che ci era venuto dalla Pomerania. Si pensò quindi alla possibilità che o si fosse formato un ascesso nelle capsule soprarenali malate, poichè la febbre intermittente si osserva spesso negli ascessi saccati, ovvero che si trattasse di un embolo, che dalle capsule soprarenali fosse stato immesso nella circolazione. Ambedue le opinioni furono contraddette dall' autopsia. Si trovò al certo nella base del lobo superiore del polmone sinistro un focolaio cuneiforme della grandezza di un uovo di piccione, però dalla superficie del taglio si caratterizzava per bronco-pneumonico, ed il più esatto esame dei vasi non dimostrò alcuna traccia di embolo. S'intende da sè, che la stessa bronco-pneumonite, per quanto ristretta, era in istato di cagionare la febbre, ma s' intende pure che in niun modo essa poteva produrre una febbre del genere, che ci si è presentato. Io trovo una spiegazione della febbre, seguendo la teoria di Traube, solo quando si ricorra contemporaneamente alle alterazioni dei gangli semilunari e di alcuni nervi del plesso solare, già visibili ad occhio nudo, e dimostrate microscopicamente. La teoria della febbre di Traube consiste, come è noto, in ciò, che la causa eccitante la febbre agisce eccitando sul sistema nerveo vaso-motorio, per cui sotto l' influenza di quest' eccitazione si origina un tetano delle piccole arterie ed in genere dei piccoli vasi del corpo provveduti copiosamente di fibre muscolari. Quindi ne risulta il raffreddamento della cute nel freddo febbrile con contemporaneo aumento della temperatura del sangue, e quindi la cianosi e tutti gli altri sintomi febbrili. Con l'aiuto di questa ipotesi vaso-motoria io posso spiegare la febbre vericatasi sul fine della malattia. Le esperienze sul sistema nerveo vaso-motorio hanno dato in genere per risultato, che trattasi di un sistema eccitabile da molti punti: come causa eccitante nel caso presente potrebbe esser ritenuta il processo flogistico interstiziale nei gangli semilunari; il medesimo non aveva però tanto allignato, come apprendiamo dall'esame microscopico, da arrivare a produrre l'atrofia delle cellule gangliari e dei nervi; quindi era rimasta ai nervi la conducibilità per le eccitazioni. Riguardo alla domanda che si potrebbe fare, del perchè la malattia scorresse senza febbre per la maggior parte della sua durata, e questa sopravvenisse nel modo

Digitized by Google

descritto soltanto negli ultimi giorni, si può rispondere che il processo d'irritazione flogistica nei gangli deve aver raggiunto un grado determinato, prima di potere esser in istato di produrre la febbre nel modo detto disopra. — Anche altri sintomi forse si spiegano dal medesimo punto di vista. Anzi tutto il polso continuamente innalzato sopra la norma ed il piccolo calibro dei tubi arteriosi, benchè a dir vero rimanesse piccola la tensione di essi; però quest'ultima circostanza non sta affatto contro la teoria vaso-motoria, poichè anche negli accessi di freddo della febbre intermittente, non ostante la diminuita circonferenza dei tubi arteriosi, non raramente si osserva che la tensione non è aumentata. — Analogamente ai casi di epilessia vaso-motoria pubblicati da altri, io posso riferire al tetano dei vasi del cervello le diverse convulsioni descritte in questa malattia, e che nel caso nostro si manifestarono mercè leggiere contrazioni toniche delle estremità. — Per ciò che concerne i sintomi gastrici, essi sono da riferirsi o ad uno stato morboso dei gangli semilunari e del plesso solare, ovvero all'influenza prodotta dall'alterazione dell'elemento nervoso nelle stesse capsule soprarenali. — Il vomito, che qui si fece più frequente sub finem vitae, quando già erano sopravvenuti i fenomeni cerebrali, può parimenti mettersi nella categoria dei sintomi cerebrali; il vomito che ebbe nel resto del tempo, in cui il malato si trovava relativamente bene, è appena da ritenersi come sintoma cerebrale. In ogni caso esistono però sempre copiosi legami fra il simpatico ed i rami terminali del vago, che determina il vomito; poichè da un lato la fibre del plesso gastrico posteriore del vago si uniscono al plesso solare e ai gangli semilunari, e dall'altro i nervi simpatici, che dal plesso solare vanno alle pareti dello stomaco, si anastomizzano colà molteplicemente con le diramazioni del vago. Per la colorazione bronzina della cute Bartsch dà la seguente ipotesi, in un caso di degenerazione adiposa ed atrofia dei gangli semilunari e dei nervi di essi. Egli ripone nei gangli semilunari ovvero nelle capsule soprarenali, che erano parimente alterate, i centri per le fibre nervee trofiche della cute, senza intorno a ciò fin qui decidere, se i primi o le seconde siano da considerarsi con più verosimiglianza come centro dei nervi trofici. « Se ammalano questi centri, allora la cute intisichisce e nei casi molto avanzati assume la colorazione bronzina, che deve credersi originata da un'alterazione della sostanza del reticolo malpighiano, una specie di atrofia grassosa, che ha il suo riscontro nell'atrofia bruna della musculatura del cuore. Le alterazioni della sostanza colorante del sangue non producono questa estesa colorazione bronzina (1) ».

(1) Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1867, 2 Band. 1 Abth. S. 308.

Il diritto di porre una speciale categoria di fibre nervee trofiche è in genere posto in dubbio da molti, e l'influenza dei nervi sulla nutrizione si riferisce principalmente ai nervi vaso-motori. Con l'aumentato tono delle arterie diminuisce la quantità di sangue, che contengono i capillari in una unità di tempo, ed in conseguenza di ciò anche la pressione, che gravita sulla superficie interna di essi, per cui la conseguenza immediata ne è il diminuito passaggio nei tessuti del liquido di nutrizione. Viene ora la domanda, se non si possa spiegare da questo punto di vista la consunzione della cute, e secondo Bartsch la colorazione bronzina: almeno per la difettosa affluenza arteriosa parla la circonferenza costantemente piccola dei tubi arteriosi, con tensione contemporaneamente diminuita. — In fine, io noto che i tentativi fatti fin qui per produrre sperimentalmente i sintomi della malattia di Addison sugli animali, si riferiscono quasi tutti ai reni succenturiati. Essi danno da una parte per risultato, che gli animali sopravvivono lungo tempo dopo l'estirpazione dei reni succenturiati, e che quindi questi non sono organi importanti per la vita; e dall'altra, in rapporto alla formazione del pigmento, danno risultati completamente negativi. Per quanto mi è noto, non sono state fatte esperienze rapporto alla presente malattia, irritando i gangli semilunari ed il plesso solare; esse potrebbero probabilmente stabilire, se è o no giustificato il riferire diversi sintomi morbosi al punto di vista vasomotorio.

Il secondo caso di malattia di Addison, che io passo a narrare, è più interessante dal lato anatomo-patologico di quello descritto, poichè la sezione, oltre l'affezione delle capsule soprarenali, dimostrò alterazioni di molti altri organi; però in pari tempo, a motivo di questa molteplicità di malattie organiche, riesce meno dimostrativo, pel nesso che Addison ha stabilito tra la colorazione bronzina e la malattia delle capsule soprarenali. Il caso però è moltissimo interessante anche dal lato chirurgico, ed il Prof. Simon lo ha già descritto in una sua comunicazione, da cui io deduco i fatti anamnestici ed operativi più importanti, poichè io ho avuto occasione di vedere il malato solo da un anno e mezzo circa.

Nel 4 Gennaio 1865 fu ricevuto un malato nella clinica chirurgica, in cui l'esame, oltre ad un idrocele, dimostrò un tumore addominale, che occupava all'incirca tutta la metà sinistra dell'addome e i di cui limiti, determinati con la palpazione e la percussione, erano i seguenti: il limite interno del tumore era formato dalla linea mediana, verso il basso seguitavasi nel piccolo bacino, il limite superiore raggiungeva la 6.ª costa nella linea mammillare, e da ivi con linea molto obbliqua discendeva verso il di dietro sino all'apo-

Digitized by Google

fisi spinosa dell'11.ª dorsale, mentre verso il dinanzi si ripiegava sul limite anteriore un pollice al disotto dell'apofisi ensiforme. Nella regione lombare vicino alla colonna vertebrale sporgeva un punto del tumore evidentemente fluttuante. In questo punto, a fine di stabilire la diagnosi sul genere del tumore, nel 1.° Febbraio 1866 fu fatta una puntura di saggio, e da un pezzo di membrana, che fu tratto fuori insieme con la cannula, e che sotto il microscopio mostrò il noto aspetto delle vesciche da echinococco, fu stabilita la diagnosi di tumore da echinococco. Riguardo al punto di partenza si rimasse in dubbio, se l'echinococco estra-peritoneale si fosse originato dal rene, ovvero dall'invoglio della superficie interna dell'osso ileo sinistro, oppure se avesse presa la sua origine dalla superficie libera dello stesso peritoneo. — Conforme alla doppia punzione con susseguente incisione, già praticata con successo in un caso antecedente di echinococco del fegato, anche in questo con l'intervallo di 8 giorni furono infissi due trequarti nel tumore, le cannule furono lasciate in posto per provocare l'infiammazione adesiva del tumore con le parti circostanti, e nel 10 Febbraio furono riunite ambedue le punture con un incisione lunga 2 ½ centim. Già dopo la prima punzione, come dopo l'incisione e nel corso della cura, si vuotò dal sacco gran quantità di liquido purulento, ed un numero molto significante, circa 1200-1500, di cisti grandi e piccole, figlie e nipoti, ed una parte di cisti madre, che si caratterizzava per tale mercè la sua grossezza. L'esito dell'operazione fu favorevolissimo. Lo stato dell'infermo migliorò; l'alta febbre, esistente dopo la seconda puntura, decrebbe; la suppurazione, da principio molto notevole, si fece minore; la qualità del pus migliorò, ed il sacco di tessuto connettivo dell'echinococco, che in principio dell'operazione aveva in ogni senso la lunghezza di un piede, cominciò a raggrinzarsi. Nel 30 Agosto 1866 il paziente fu rilasciato in istato *florido* di salute; la suppurazione era ridotta a pochissima, e con la sonda si poteva penetrare nel sacco solo alla profondità di 5 centim. 15 mesi dopo l'operazione il Prof. Simon vide di nuovo il malato; il suo aspetto era florido e sano, per altro continuava nel sacco la secrezione del pus, che scolava da un apertura fistolosa. — Finqui arrivano le comunicazioni anamnestiche del Prof. Simon. Sul fine di Settembre del 1867 il paziente fu ricevuto per la seconda volta nell'ospedale; in questo frattempo la fistola aveva suppurato continuamente, senza che lo stato di salute ne venisse essenzialmente alterato; solo nell'ultimo tempo innanzi al suo ricevimento, a motivo di un restringimento dell'apertura della fistola, cagionato da contrazione della cicatrice, e consecutivo ristagno di pus, si ebbe vivo dolore, frequenti brividi e febbre. Quando fu ricevuto nell'ospedale, era notevole nel malato l'aspetto giallo-scuro, come se fosse abbrustolito dal sole, specialmente nella fronte. La cura consistette nel dilatamento dell'apertura della fistola, operato con l'introduzione di pezzi di laminaria, dopo di che il pus tornò a fluire. Il paziente perdeva giornalmente 1-2 oncie di pus. Nella Pasqua del 1868 fu rilasciato migliorato; per altro a motivo degli incommodi che lo avevano condotto all'ospedale l'anno prima, nel fine di Settembre vi ritornò per la terza volta. Nell'intervallo sembra che gli sia andata male. Nell'ultimo mezz'anno erano diventati evidenti il dimagramento, la debolezza muscolare, e l'anemia delle mucose; mentre la colorazione giallo-scura della fronte e della faccia, che era già notevole un anno addietro, contrastava mirabilmente con la pallidezza delle congiuntive e della mucosa dalla bocca. Nel principio di Dicembre si stabilì inappetenza, vivo dolore all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro, e vomiti costanti incoercibili da qualunque medicamento, e che si ripetevano 10-12 volte nelle 24 ore. Questi sintomi insieme al coloramento della cute ed alle macchie nere di pigmento, di cui in questo tempo ne furono osservate circa una dozzina in diverse parti del corpo, mi diedero occasione a stabilire con la più grande probabilità la diagnosi di malattia dei reni succenturiati. La pigmentazione delle labbra e della mucosa della bocca mancava in questo caso. Fatta la diagnosi di sede, si pensò alla possibilità che si trattasse di un echinococco del rene succenturiato, benchè ciò sia fra i casi rarissimi, ovvero che il primo grande tumore da echinococco, o la suppurazione esistente nella regione lombare sinistra, avessero occasionato qualche processo flogistico nel rene succenturiato corrispondente. — La cura locale della fistola fu la medesima di prima; ma non ostante il deflusso del pus, e le iniezioni quotidiane di acqua nella fistola affine di tenerla pulita, il malato dimagrò di giorno in giorno, e si fece notevole anche l'abbattimento morale. Di tempo in tempo sopravveniva ritenzione del pus, con corrispondente aggravamento dello stato generale; fu quindi nel principio di Gennaio praticata una contro apertura nella parete anteriore del ventre al disopra del legamento sinistro del Poupart, e mediante un catetere, che fu introdotto nell'apertura posteriore della fistola nella regione lombare, fu stabilito perfettamente il libero deflusso del pus. Il successo dell'operazione da principio felice, e che si manifestò con migliore appetito, minore suppurazione, e vomito meno frequente, non si mantenne. Nel 20 Gennaio si ripeterono gl'incomodi antichi; i vomiti si fecero più abbondanti di prima, la debolezza muscolare più forte, la suppurazione più cattiva, l'abbattimento più grave, e contemporaneamente sopravvenne una copiosa diarrea. L'esame dell'orina, che negli ultimi giorni

Digitized by Google

fu estremamente scarsa, vi fece rinvenire una moderata quantità di albume. Il malato morì nel 2 Febbraio sotto tutti i fenomeni della cachessia, dopochè alcuni giorni innanzi alla morte era sopravvenuto anche l'edema alle estremità inferiori.

La *sezione* fu fatta 13 ore dopo la morte.

La pigmentazione della cute, come fu già osservato nell'altro caso, dopo la morte aveva assunto un aspetto più chiaro, solo le macchie nere di pigmento avevano mantenuto il colore primitivo. Anche in questo caso non fu rinvenuta la la pigmentazione di organi interni. — Il corpo è molto dimagrato, il pannicolo adiposo poco sviluppato, la musculatura del tronco rosso-bruna. I polmoni nella loro parte inferiore si traggono bene verso l'apertura del torace, solo il lobo superiore in ambedue i lati è leggermente aderente alle pareti toraciche con alcune briglie pseudomembranose. Nelle cavità pleurali poco liquido sieroso; il polmone sinistro è ben aereato tanto nella sua parte inferiore, come nella più gran parte del lobo superiore. Posteriormente in vicinanza dell'apice polmonare trovansi alcuni rari punti con inspessimenti bronchiali. Tanto al lobo superiore che nella base del polmone, nelle pseudomembrane di tessuto connettivo vascolarizzate e distaccabili dalla pleura, si trovano alcuni noduli miliari e sub-miliari, per la più parte grigio-chiari, trasparenti ed in parte anche caseificati. Simili tubercoli miliari trovansi anche nel tessuto della pleura del lobo superiore; nel parenchima polmonare e nella mucosa bronchiale non trovansi affatto tubercoli.

Nel polmone sinistro osservansi gli stessi rapporti che a destra.

Nel pericardio poca quantità di siero citrino-chiaro. Nel cuore nulla di notevole.

La milza è ingrandita, 15 centim. lunga, 9 larga e 7 spessa; la capsula della milza è molle. La superficie del taglio apparisce di colore rosso-bruno, lucente, liscia ed asciutta. Il parenchima della milza è duro ma fragile, ed i corpuscoli del Malpighi non sporgono con speciale evidenza. Con l'aggiunta del iodio si ottiene una squisita reazione amiloide della polpa splenica.

Il fegato è considerevolmente ingrandito in tutti i suoi diametri; esso ha 26 centimetri di larghezza, 23 di lunghezza ed 11 centimetri di spessezza. Attraverso la capsula tanto nella faccia convessa che nella faccia concava, si vedono trasparire 30-40 noduli leggermente prominenti, che nella maggior parte stanno fra la grandezza di una lenticchia e quella di un pisello. La capsula non è inspessita sopra a questi noduli. Nella superficie del taglio si nota subito il colore rosso-grigio, l'aspetto liscio e splendente, e la forte resistenza che offre il tessuto alla pressione del dito. Con osservazione più accurata si riconosce che gli acini sono ingrossati in più punti, e che l'aspetto lucente, rosso-grigio e trasparente della superficie del taglio, ha la sua sede nel centro degli acini, mentre la periferia di essi in più o meno estensione è occupata da tessuto epatico anemico ed opaco. L'antitesi tra la periferia ed il centro si vede molto bene dopo l'aggiunta di una soluzione di ioduro di potassio iodurato, poichè il centro degli acini vien colorito di un rosso-bruno-scuro, mentre la periferia di essi assume un colore giallognolo.

I piccoli tumori accennati disopra si trovano sparsi numerosamente anche nel parenchima epatico; essi sono tutti della grandezza menzionata disopra, hanno un aspetto bianco midollare, e la tintura di iodio non vi produce la colorazione rosso-amiloide. Nel loro centro, molti di essi sono più molli che nella periferia, cosicchè tagliando i noduli, ed asportando la massa centrale con la lama del coltello, formano in essi dei piccoli fori; in nessuno di questi noduli sono visibili le metamorfosi adipo-caseose.

Il rene destro è lungo 12 centim. e largo 7, la sua superficie è alquanto scabrosa. La sostanza corticale mostrasi al taglio di colore giallo-butirro, ampia, vuota di sangue e con glomeruli chiaramente visibili; le piramidi della sostanza midollare sono piuttosto ricche di sangue. Con l'aggiunta di iodio, i glomeruli sporgono a guisa di punti rossi. Oltreciò tanto nella sostanza corticale che nella midollare si vedono molteplici linee rosse, che nell'ultima scorrono parallele ai canaletti oriniferi retti, e che, come si vede già ad occhio nudo nella sostanza corticale, appartengono alle arterie, da cui partono i vasi afferenti dei glomeruli. In questo rene trovansi due focolai della grandezza di una fava nel punto di passaggio tra la sostanza corticale e la midollare, ed anzi in modo, che la più grande parte di essi trovasi compresa in quest'ultima. Questi focolai hanno un aspetto bianco-grigio, e solo qua e là trovansi in essi parti gialle adipo-caseose.

La *capsula soprarenale* destra è perfettamente normale.

Nel lato sinistro, dove *intra vitam* aveva avuta la sua sede l'echinococco, si hanno rapporti molto interessanti.

Il rene sinistro è più piccolo del destro; vi esiste un'idronefrosi abbastanza forte, cosicchè la sostanza del rene nel punto più ampio misura solo 3 centim., e la più parte di essa può calcolarsi per corticale. La capsula adiposa del rene è fortemente sviluppata, e nella capsula adiposa stessa ha trovato sviluppo l'echinococco, ed anzi in modo che esso non ha raggiunto in alcun luogo la superficie del rene. Il sacco di tessuto connettivo, in cui si era stabilita la cisti madre dell'echinococco, è ridotto ad una fistola di 8 centim. di lunghezza; nel punto più ampio il canale della fistola ha 8 centimetri di circuito, e nel punto più

Digitized by Google

stretto vicino, alla apertura esterna, 4 centim. La spessezza delle pareti del sacco raggrinzato ascende nel punto più spesso ad 1 ½ centim., la superficie interna di esso è liscia, e sulle sue pareti non vi ha traccia dell'antica cisti madre dell'echinococco. Nella superficie esterna è quasi dappertutto ricoperto del peritoneo inspessito; il tessuto ne è duro e resistente.

La capsula soprarenale sinistra è ingrandita almeno di 4 volte il suo volume; la capsula di tessuto connettivo, che la circonda, è inspessita. Il suo tessuto inciso, ha l'aspetto del salmone affumicato, ed alla pressione del dito si sente molto duro. Non può farsi macroscopicamente una distinzione fra la sostanza midollare e la corticale; parimenti la zona di pigmento, designata da Virchow come stadio intermediario tra la sostanza corticale e la midollare, non presentasi nè come tale, nè come una fenditura tra di esse. I setti di tessuto connettivo, che partono dall'involucro, formano isole o linee, che interrompono il parenchima rosso-bruno della capsula soprarenale.

La mucosa dello stomaco e del canale intestinale non mostra alcuna abnormità; la reazione amiloide vi manca. Le glandole linfatiche per la più parte non sono ingrandite, e solo alcune delle retro-peritoneali trovansi qua e là tumide.

L'esame microscopico della pelle fa riconoscere la solita deposizione di pigmento nel reticolo malpighiano, propria della malattia di Addison.

L'esame microscopico del fegato mostra, che nei punti che si veggono circondare come anelli anemici la periferia degli acini, sonvi per la più gran parte cellule epatiche normali con nuclei ben mantenuti e chiaramente visibili; solo qua e là trovasi qualche cellula epatica ripiena di granuli di grasso, per altro il numero di esse, in rapporto alle normali, è molto tenue. Nei punti dove la superficie del taglio ha un aspetto lucente, diafano e rosso-grigio, le cellule epatiche sono degenerate, poichè esse sono ingrandite, il loro protoplasma ha assunta una natura omogenea lucente, ed i nuclei sono per la maggior parte spariti, ovvero, se pure vi esistono, sono essi pure ingranditi e diventati splendenti. Con l'aggiunta del iodio le cellule si colorano in rosso-bruno.

Riguardo ai tumori esistenti nel fegato, essi consistono in un denso accumulamento di cellule piccole, linfoidi e rotonde, per lo più uninucleate, e di nuclei liberi, che sono impigliati in un reticolo di tessuto connettivo scarso e a larghe maglie. La sostanza centrale dei noduli, che come disopra è stato menzionato, formava una massa molle e quasi fluida: consiste solo di elementi simili ai globuli della linfa, e di nuclei, senza stroma dimostrabile. I reni offrono rapporti interamente simili. Oltre una squisita nefrite parenchimatosa corticale, e degerazione amiloide dei glomeruli, dei vasi afferenti e deferenti, e più numerosi vasi nelle piramidi, l'esame praticatovi mostra nei focolai sopra-menzionati del rene destro rapporti simili a quelli dei piccoli tumori del fegato. Si tratta del pari di un denso accumulamento di cellule linfoidi con scarso reticolo, nei punti che hanno un aspetto bianco, mentre le parti gialle adipo-caseose consistono in cellule raggrinzate, nuclei e detritus molecolare.

L'esame microscopico della capsula soprarenale sinistra (la destra non era alterata), in tutti i preparati tanto della sostanza corticale che della midollare, mostra su grande estensione degenerazione amiloide dei vasi, che s'insinuano in uno stroma di tessuto connettivo fibrillare abnormemente abbondante. Gli elementi cellulari della sostanza corticale hanno in parte subita la degenerazione adiposa, come spesso si osserva nella corteccia di questi organi, ma la più gran parte delle cellule mostrano una degenerazione amiloide, ed hanno un aspetto omogeneo o lucente; esse vengono colorate in rosso-bruno dal ioduro di potassio iodurato. Nella sostanza corticale non scuopronsi in alcun punto cellule pigmentate. Anche le cellule della sostanza midollare offrono del pari una degenerazione amiloide molto estesa. In questa località trovansi tutti i punti di passaggio tra le ordinarie cellule irregolari, pallide, con grandi nuclei e nucleoli, e le cellule il cui protoplasma è diventato omogeneo e vitreo, senza nuclei e nucleoli, e con squisita reazione del iodio.

Questa in breve è la storia del malato e del reperto anatomico. L'interesse di questo caso si attiene a due punti, cioè alla diagnosi, stabilita durante la vita, di malattia delle capsule soprarenali, specialmente a motivo del coloramento della cute, ed al punto di partenza della malattia in genere, cioè dell'echinococco. Al certo l'echinococco non è stata la causa immediata della morte, poichè la cura operativa ebbe un esito relativamente favorevole, ma la fine letale fu cagionata dalla cachessia sopravvenuta in seguito ad una suppurazione di pressochè 4 anni. Sotto l'influenza di questa cachessia, si formarono le degenerazioni amiloidi, e le alterazioni antiche e recenti dei polmoni. Ne è a dirsi che queste ultime siano state primarie, ed abbiano quindi cagionata l'estesa degenerazione amiloide, poichè parlano contro ciò le alterazioni relativamente piccole rinvenute nei polmoni, che oltre gl'insignificanti focolai bronchiali e peri-bronchiali, mostravano un moderato sviluppo di tubercoli di giovine età, cioè grigi e trasparenti, e di cui solo alcuni erano caseificati.

Rispetto ai noduli esistenti nel rene destro e nel fegato, in ogni caso si ha a trattare con una neoformazione eteroplastica in questi organi. La questione sta ora, in qual categoria debbano porsi questi tumori. Si potrebbe a tutta prima sospettare, almeno per i noduli che si trovano nel fe-

Digitized by Google

gato, che si avesse a trattare con tubercoli. Però è notevole la grandezza dei noduli, e la mancanza di tubercoli miliari nel fegato anche all'esame microscopico. Se si usa il criterio, che Virchow (1) dà come decivo per distinguere le neoformazioni linfatiche, dai tubercoli, cioè la persistenza degli elementi nelle prime, dirimpetto alla grande tendenza che hanno alla degenerazione adipo-caseosa anche i più piccoli tubercoli, allora non si può un istante essere in dubbio, che trattasi di una neoformazione linfatica, almeno pei noduli che esistono nel fegato. Alla medesima categoria appartengono parimenti i due focolai del rene, poichè per la più gran parte mostrano l'istessa struttura istologica dei tumori del fegato; solo nei scarsi punti adipo-caseosi essi presentano uno di quei rari casi di parziale metamorfosi necrobiotica dei noduli linfatici. Ora si domanda se questi tumori eteroplastici nel fegato e nei reni siano leucoemici, ovvero se appartengano alla categoria dei linfo-sarcomi, cioè dei tumori linfatici che benchè stiano molto vicino ai leucoemici, ne differiscono essenzialmente per ciò, che in essi manca l'aumento dei globuli incolori del sangue. Disgraziatamente non fu intrapreso l'esame del sangue, e quindi non può deporsi alcunchè sopra un eventuale aumento dei globuli bianchi. Io lo deploro tanto più, in quanto che da un lato, nella « contribuzione alla causistica della malattia di Addison e della leucoemia » del Prof. Seitz (2), viene comunicato un caso di combinazione di leucoemia ed espressa alterazione morbosa delle capsule soprarenali, senza coloramento della cute; e dall'altro lato, da diversi osservatori è stato notato nel morbo di Addison un aumento dei globuli incolori, benchè non nel grado della leucoemia, ed a motivo dello spesso contemporaneo ingrandimento della milza e delle glandole linfatiche è stata portata l'attenzione sull'analogia che passa fra quelle due malattie.

Per ciò che riguarda i rapporti del presente caso alla malattia di Addison, saranno essi apprezzati a loro vantaggio da quelli che negano la specificità di questa malattia, e che la riferiscono ad uno stato cachettico. Solamente è interessante l'alterazione del rene succenturiato di un lato solo; ciò considerato in genere, non offre alcun che di strano rapporto alla malattia di Addison, poichè sonosi presentati più volte casi di alterazione di un solo rene succenturiato con colorazione bronzina della cute, ed è anche stata osservata questa colorazione con alterazione parziale di una sola capsula soprarenale (3); ma nel presente caso si può pensare che la degenerazione amiloide, e quindi la cachessia, si sia unita alla già prima esistente alterazione della capsula soprarenale. A ciò ci guida da un lato la colorazione giallo-scura della fronte e della faccia, che si presentò già nel 1867, cioè in un tempo in cui il malato non offriva alcun sintoma reale di cachessia, e dall'altro lato il reperto macroscopico e microscopico, che ci dimostrò abbondanti tratti di tessuto connettivo nella capsula soprarenale invasa dalla degenerazione amiloide. La forma clinica nel presente caso è molto oscurata; solo il dolore all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro, i vomiti abbondanti e la diarrea, non sono spiegati mediante la sezione; poichè mancano nel canale intestinale tanto alterazioni tubercolari, quanto follicolari od amiloidi. Quindi nel caso che i fenomeni intestinali non si vogliano porre a calcolo della nefrite parenchimatosa, al che non esisteva del resto alcun fondamento nel reperto di allora, si sarà necessitati a porre i medesimi nella categoria dei sintomi così spesso avvertiti nel *morbus Addisonii*.

3.° *Caso*. — Era stata appena fatta la sezione dei due casi descritti, quando nel 15 Febbraio del corrente anno fu ricevuto nel comparto medico del Prof. Thierfelder un lavorante legnaiuolo dell'età di 20 anni, che si trovava già molto aggravato, ed era imbrogliato nel rispondere circa il suo primitivo stato di salute, dispnoico in alto grado, con 40 respirazioni al minuto, 106 pulsazioni, ed una temperatura di 40, 6.° C.

L'anamnesi, che a motivo dello stato del sensorio fu raccolta solo in appresso, ci fece conoscere che l'infermo nel suo quinto anno aveva sofferto un eczema, e che nel 6.° e 7.° anno, ogni volta nella state, era stato preso da febbre intermittente in principio terzana e quindi quotidiana. Da circa questo tempo, come risulta dalle ripetute domande, egli cominciò ad avere la colorazione bruno-oscura della pelle che descriveremo più sotto, mentre del resto si sentiva perfettamente bene; nell'età di 15 anni incominciò la professione di legnaiuolo, e senza alcun fastidio potette sostenere gravi fatiche. Nel principio di Ottobre 1868 egli ammalò, senza precedente mâlessere, con brividi di freddo della durata di un ora e mezzo, susseguente calore, rigidità nella schiena, cosicchè gli riusciva difficile il piegarsi, e vivo dolore nella regione lombare sinistra. L'affezione, in principio fortemente febbrile, durò in tutto 3 settimane; il malato dovette guardare il letto per 12 giorni, ed in questo tempo crebbero in alto grado la rigidità ed il dolore nella schiena. Sotto l'uso di alcune fregagioni i dolori cessarono gradatamente, e tre settimane dopo il principio della malattia, l'infermo si era ristabilito di tanto, che potette ritornare al lavoro; però dal Natale sino al Febbraio del corrente anno trala-

(1) Die krankhaften Geschwülste II., S. 574, 729.
(2) Deutsche Klinik, 1864.
(3) Virchow, loco citato, II. S. 607.

Digitized by Google

sciò di nuovo ogni occupazione, solo, come egli dice, « per usarsi riguardo ». — Nella notte dal 13 al 14 Febbraio egli si ammalò di nuovo con fenomeni, che erano affatto simili a quelli che facevan parte dell' accesso superato alcuni mesi innanzi. Sopravvenne un'altra volta un brivido che durò quasi un'ora, a cui tenne dietro vivo dolore di capo, grande calore, ed un tale senso di capogiro, che egli nel mattino del 14 provò indarno di tenersi in piedi fuori del letto. Nella notte dal 14 al 15 dormì poco, ebbe molta sete, e fu incapace di muoversi nel letto, a motivo della rigidità della schiena, e del vivo dolore che era sopravvenuto nel medesimo punto di prima alla regione lombare.

Nella mattina del 13 il malato fu ricevuto in quest' ospedale, e nell'accettarlo furono constatati i rapporti febbrili menzionati di sopra.

L'esame fisico del polmone fa conoscere dappertutto alla percussione il suono polmonare normale; all'ascoltazione si ode dappertutto la respirazione vescicolare normale, e solo posteriormente alla base del polmone sinistro si hanno leggieri indizi di catarro bronchiale. — La percussione della regione del cuore dimostra un ingrandimento dell' ottusità cardiaca nel suo diametro trasverso; essa sorpassa verso destra il margine sternale destro di circa 2 centim., a sinistra incomincia all'altezza della 4.ª costa, e verso il basso trapassa nell' ottusità epatica. Non si vede un urto circoscritto della punta del cuore. ma la mano sovrapposta alla regione cardiaca percepisce uno scuotimento diffuso nel 5.° spazio intercostale, linea parasternale, che si fa anche più evidente e più forte sopra allo sterno sino al margine sternale destro. — I tuoni del cuore dappertutto netti, il secondo sulla polmonare più chiaro che il secondo sull' aorta. — In nessun luogo si odono rumori anemici.

L'ottusità del fegato comincia al margine inferiore della 6.ª costa, sorpassa l'arco costale nella linea mammillare circa 2 ½ centim., nella linea parasternale 4 centim., la base del processo xifoide 8 centim., e la linea mediana verso sinistra parimenti 8 centimetri.

La milza non è palpabile, ma è alquanto ingrandita, 7-9 centim. — La lingua del malato è secca, l'orina senza albume e senza pigmento biliare, peso specifico 1013. — Il malato, come già è stato detto, non sta in sè, manda di tratto in tratto dei gemiti, ed alla domanda che gli si fa se abbia dolore in qualche punto, accenna alla regione lombare sinistra, e quindi ricade subito nel suo stato semicomatoso. La pressione sulla regione del quadrato dei lombi sinistro, presso alle vertebre lombari, all'altezza della prima e seconda lombare, produce nel malato, che del resto è apatico, una viva sensazione di dolore. Provando ad erigere l'infermo, ovvero a volgerlo sui lati, si constata un tale grado di rigidità, che si può volgerlo e sollevarlo nell' istesso modo di un asse, senza che egli vi prenda parte col più piccolo movimento muscolare attivo.

È al massimo grado notevole la colorazione della cute simile a quella di un mulatto. Essa è più intensa nei punti non esposti al sole; nell' addome, nello scroto, nella cute del pene, nelle natiche e nelle estremità inferiori; mentre la faccia, la nuca, le mani, hanno una colorazione bruno-chiara. Sulla cute così generalmente colorita, si trovano numerose macchie brune di pigmento, della grandezza da una testa di spillo ad una lenticchia, ed una dozzina della stessa grandezza, nere, nel lato destro del collo, nel torace, nel gran trocantere sinistro, e nella natica sinistra. — La mucosa della bocca e della faringe, non che la congiuntiva sono senza deposizioni di pigmento, ed anemiche.

Qualche tempo dopo che il malato fu ricevuto nell' ospedale, gli furono applicati alcuni vescicatori su diversi punti del corpo, affine di esaminare il pigmento della cute.

Dall'esame microscopico dell'epidermide sollevata, risultò che le cellule epidermoidee superficiali erano prive di pigmento, e che la colorazione bronzina non era in questo caso condizionata allo sviluppo di un fungo di forma speciale, come fu descritto in un caso dal Prof. Marowski (1) che lo designò col nome di *cryptococcus Addisonii*. — Per ottenere le cellule dello strato mucoso si strisciò con la lancetta sopra il punto denudato dell' epidermide. Le cellule così ottenute mostravano in abbondanza una sostanza colorante bruno-giallognola, che era situata negli strati periferici del protoplasma cellulare, mentre le parti situate intorno ai nuclei scoloriti erano prive di pigmento. Nelle macchie pigmentali nere, menzionate disopra, le cellule erano pressochè ripiene di pigmento nerastro.

Nel sangue del malato furono osservati pochi globuli bianchi e nessun pigmento libero.

Perciò che riguarda l'ulteriore decorso della malattia, la forma di essa nel presente caso si compose di sintomi nervosi, grande debolezza muscolare, ed intenso dolore lombare, mentre i fenomeni gastrici vi si scorgevano solo in isfondo. — I sintomi nervosi relativi al cervello erano specialmente di depressione; da principio stato semicomatoso, più tardi, durante tutto il tempo dell' osservazione, abbattimento psichico, e tardo e superficiale svolgimento delle idee; qui non si osservarono affatto sintomi d'irritazione, quali furono da noi veduti nel primo caso. All'incontro il malato è stato preso più volte da accessi di

(1) Zur Lehre von dem Wesen des Hautpigments bei der Broncekrankheit. — Deutsches Archiv., Bd. IV. S. 463.

Digitized by Google

vertigine, che sono da riferirsi ad alterazioni passeggiere della circolazione cerebrale.

Era pronunziatissimo il dolore alla regione lombare, che limitato al lato sinistro da principio era incessante, più tardi sopravveniva ad intervalli irregolari turbando il sonno al malato, e che fu potuto solo diminuire, ma non rimuovere, mercè le iniezioni di morfina e le ventose secche e scarificate. — Era qui pur notevole, come in altri casi, la grande debolezza muscolare, per cui ogni più piccolo movimento veniva accompagnato da palpitazione, asma e frequenza accresciuta delle pulsazioni (sino a 120). — I sintomi gastrici si limitavano ad un leggiero dolore epigastrico, e costipazione discretamente ostinata in principio, e a diarrea sopravvenuta più tardi dal 14 al 18 Marzo; mancò la nausea e la tendenza al vomito. — Già nel primo caso feci osservare, relativamente alla febbre, che ebbi occasione di riscontrarvi, come tutti i casi che ho potuto raccogliere di malattia di Addison siano stati descritti come afebbrili, ed in quel caso, ne feci notare il tipo speciale intermittente-irregolare. Anche in questo terzo caso esisteva una febbre simile, senza che qui come là vi fosse alcun'altra malattia organica, che fosse in grado di spiegarla; poichè il lieve catarro bronchiale, che esisteva posteriormente al lobo inferiore sinistro, quand'anche avesse potuto occasionare la febbre, era già sparito nel secondo giorno dopo il ricevimento del malato, cosicchè in ogni caso non poteva spiegare alcuna influenza sulle temperature osservate più tardi.

Sarebbe un andare troppo per le lunghe, se si volessero comunicare tutte le misure della temperatura intraprese dal tempo del ricevimento del malato, sul principio ogni 3 ore, e quindi 3 volte al giorno. Basti in genere il menzionare, che la temperatura massima osservata fu di 40,6, con una frequenza di 106 pulsazioni e di 40 respirazioni, e che la temperatura minima fu 36,0, con 76 puls. e 30 resp. Spesso sono state registrate temperature di 39,6, 39,2, 39,1. Mi permetto solo di comunicare il corso febbrile di alcuni giorni, perchè così si potrà avere un'immagine dei rapporti febbrili nei giorni successivi, che sono interamente simili ai comunicati.

15 Febbraio	— Ore	11	antim.	40,6	— 106	— 40
»	»	1	pom.	40,2	»	»
»	»	4	»	39,4	»	»
»	»	7	»	39,6	— 99	— 39
»	»	10	»	37,2	»	»
16 Febbraio	— Ore	1	antim.	38,0	»	»
»	»	4	»	38,2	»	»
»	»	7	»	37,7	— 72	— 20
»	»	10	»	37,8	»	»
»	»	1	pom.	39,1	»	»
»	»	4	»	38,4	— 96	— 28
»	»	7	»	39,1	»	»
»	»	10	»	38,8	»	»
17 Febbraio	— Ore	1	antim.	38,8	»	»
»	»	4	»	38,0	»	»
»	»	7	»	39,0	— 84	— 32
»	»	10	»	38,8	»	»
»	»	1	pom.	37,6	»	»
»	»	4	»	38,0	»	»
»	»	7	»	38,4	— 75	— 24
»	»	10	»	38,4	»	»
18 Febbraio	— Ore	1	antim.	38,2	»	»
»	»	4	»	37,6	»	»
»	»	7	»	37,2	— 78	— 24
»	»	10	»	37,4	»	»
»	»	1	pom.	38,4	»	»
»	»	4	»	38,2	»	»
»	»	7	»	38,2	— 84	— 28
»	»	10	»	37,0	»	»
19 Febbraio	— Ore	1	antim.	37,0	»	»
»	»	4	»	37,4	»	»
»	»	7	»	37,4	— 80	— 16
»	»	10	»	37,2	»	»
»	»	1	pom.	38,0	»	»
»	»	4	»	38,2	»	»
»	»	7	»	38,4	— 104	— 24
»	»	10	»	39,6	»	»
20 Febbraio	— Ore	1	antim.	37,6	»	»

Dal 19 Febbraio in poi la febbre in genere fu alquanto minore, benchè sin circa al 27 Marzo si osservasse il tipo febbrile irregolare-intermittente, ad eccezione di alcuni giorni trascorsi completamente senza febbre, e che per altro cadevano senza alcuna regola fra i giorni in cui si aveva la febbre. Nel primo caso io opinai che la febbre, non spiegabile altrimenti, secondo l'ipotesi di Traube dovesse riferirsi ad un abnorme eccitamento del centro nervoso vaso-motorio, procurato da un processo d'infiammazione interstiziale nei gangli semilunari ed in alcuni nervi del plesso solare. In questo terzo caso abbiamo una circostanza, che accenna all'origine nervosa della febbre, cioè che ogni qualvolta che il malato vien preso da vivo dolore nella regione lombare sinistra, subito sopravviene un aumento di temperatura, mentre questa si abbassa non appena cessa il dolore. Così per esempio nel 25 Febbraio la temperatura fece passi perfettamente eguali col dolore; alle 10 antim. si aveva una temperatura di 37,4, ed il malato era perfettamente libero da ogni dolore; ad 1 ora pom. cominciando il dolore nella regione lombare, la temperatura salì a 38,8; circa le 4 essendosi fatto più intenso il dolore, temp. 39,4; circa le 7 pom. era diminuito il dolore, e la temperatura segnava già 38,4, per discendere sino a 36,4 circa le 10 pom., in cui l'infermo rimase libero dal dolore. — Parimenti nel 5 Marzo alle 4 pom. coincidette una temperatura di 39.° con l'acme del dolore, mentre tre ore innanzi e tre ore dopo il malato era perfettamente libero dalla febbre. Potrebbe esser comunicata an-

Digitized by Google

che un'intera serie di tali osservazioni fatte per lo spazio di tre settimane.

Dal 27 Marzo il malato è stato ogni giorno per qualche ora fuori del letto, e nel 2 Aprile fu rilasciato in via di miglioramento, ma non guarito, giacchè offriva ancora indizi di caducità, debolezza muscolare e di dolore nella regione lombare sinistra.

L'esito della malattia non è stato dunque letale pel malato, ed in questo caso manca la conferma necroscopica della diagnosi, benchè questa offra però, tutta la sicurezza, che ci è dato di raggiungere. — Nel ricevimento del malato si sarebbe potuto pensare momentaneamente ad un tifo, a motivo della gagliardia della febbre e del catarro bronchiale; ma quand'anche vi fosse un leggiero ingrandimento della milza, ed uno stato semicomatoso, pure doveva escludersi, perchè il corso del tifo nella prima settimana è interamente diverso da quello, che abbiamo comunicato disopra dal 15 al 19 Febbraio. — La rigidità della schiena ed il vivo dolore nella regione lombare sinistra, tanto spontaneo come per ogni piccola pressione o movimento, avrebbe potuto far pensare ad una lombaggine febbrile; per altro anche nella forme acute di lombalgia la febbre è leggiera e mancano i soprammenzionati sintomi nervosi. — Si sarebbe potuto credere anche ad una spondilite lombare, ovvero ad una psoite sinistra primaria, massimamente perchè non di rado sono stati narrati casi di spondilite lombare con malattia delle capsule soprarenali, probabilmente per una diffusione del processo inflammatorio dalle vertebre lombari malate ai reni succenturiati. Ma benchè fossero palpati spessissimo i processi spinosi delle vertebre lombari, pure il dolore fu sempre limitato al punto descritto, da un lato della colonna vertebrale, e d'altronde per la psoite mancava la posizione flessa caratteristica della coscia, che si rinviene anche nei casi del tutto recenti. — Io credo che qui come nel primo caso la mancanza di ogni altra malattia organica oltre il non spiegato ingrandimento del ventricolo destro ed il probabilmente antico ingrandimento della milza, insieme all'esistenza di grande debolezza muscolare, dei sintomi nervosi, della squisita colorazione della cute, e del dolore lombare molto caratteristico, stabiliscono sicuramente la diagnosi di malattia di Addison.

Due punti meritano di esser notati oltre ai rapporti della temperatura; il sopravvenire della malattia ad accessi, sempre con brividi di freddo nel principio, e il relativo stato di ben essere nell'intervallo; non che il momento in cui si è stabilita la pigmentazione della cute. Riguardo al primo punto, dopo le deposizioni anamnestiche non può dubitarsi che il primo accesso nell'Ottobre 1868 non fosse simile a quello, che noi avemmo occasione di osservare nel Febbraio del corrente anno. Tali accessi simili a quelli di un'intermittente, che furono anche più frequenti nel nostro primo caso, sono stati spesso veduti nella malattia in discorso, e talora sono stati posti in nesso causale con un rammollimento ulceroso delle capsule soprarenali, che è stato trovato dopo la morte. Per altro gli ascessi degli organi non possono essere l'unica causa degli accessi sopradescritti, giacchè anche nel nostro primo caso non fu trovata traccia di pus nelle capsule soprarenali.

Rapporto al principio della pigmentazione cutanea, ricordando le intermittenti superate nel 6.° e 7.° anno, poteva riferirsi alla tinta giallogrigia dei malati, che sono sotto l'influenza della cachessia da malaria. Più volte sono accaduti scambi fra la tinta da malaria e la pigmentazione cutanea osservata nel morbus Addisonii; nel nostro caso ci difende da un tale errore la mancanza degli altri sintomi, che s'incontrano nel corso della cachessia da malaria, ed il buono stato di salute in cui si è trovato l'infermo dopo l'intermittente sino al 20.° anno. — Dalla maggior parte delle storie di casi di malattia di Addison si può scorgere, che la speciale colorazione della cute precede per un tempo più o meno lungo gli altri sintomi morbosi, come l'anemia, la debolezza muscolare, le alterazioni gastriche, i sintomi nervosi, ed il dolore lombare; i casi in cui la pigmentazione cutanea presentatasi alcuni anni prima degli altri sintomi, sono proporzionatamente rari. Io ho letto nel *Canstatt's Jahresbericht*, *Bd.* IV. *S.* 270, il caso di un contadino di 36 anni, che fu ricevuto nell'ospedale di Lione, tutta la cui pelle era di colore così oscuro, specialmente nei genitali e nella nuca, da sembrare un moro; solo le unghie erano alquanto meno brune; anche la mucosa delle gengive e delle labbra era rosso-bruna, con punti più oscuri; « egli dice di avere questo aspetto sin dalla nascita, ma però di essere stato sempre discretamente bene sino alla grande inondazione del Rodano nel 1.° Giugno 1856. » Da quel tempo egli soffrì per diverse malattie, e nel fine di Febbraio morì all'ospedale, come sembra, nella convalescenza di un tifo. La sezione, oltre ad altre alterazioni, mostrò un grande focolaio purulento nella 11.ª vertebra dorsale tubercolizzata, ed ambedue le capsule soprarenali convertite in massa tubercolosa.

Nel nostro caso con uno stato di benessere esistette la colorazione cutanea per 13 anni, cioè sino all'Ottobre 1868, in cui per la prima volta sopravvennero gli altri sintomi. — Se non si vuole ammettere in questi casi sempre rari, una latenza di molti anni della malattia delle capsule soprarenali e degli altri sintomi, allora essi dimostrano moltissimo, che la colorazione della cute non è un prodotto della malattia dei reni succenturiati, « ma che questa degenerazione, insieme al-

Digitized by Google

l'affezione cutanea ed agli altri sintomi, è solo un coeffetto di un'altra causa più generale e più profondamente radicata (1).»

Questa causa primaria della malattia di Addison, secondo un caso esaminato dal Dott. Boogard, e da lui comunicato, vien riposta da Schmidt in un'atrofia del simpatico del ventre; e secondo quest'autore diversi osservatori hanno cercato di riferire la malattia di Addison alla categoria delle malattie nervose, partendo appunto dalle alterazioni rinvenute nel simpatico addominale.

(1) F. J. J. Schmidt «Zum Wesen von der Addison's Krankheit der Beinieren etc.» — Archiv für die holländischen Beiträge, 1860, Bd. II. S. 166. — Constatt's Jahresbericht. 1860, Bd. S. IV. 288.

Fraentzel. — *Sul fenomeno respiratorio di Cheyne e di Stokes.* — Dalla clinica del Prof. Traube. (Berliner klinische Wochenschrift. 1869, N. 26).

R. di professione magnano e dell'età di 52 anni, nel pomeriggio del 24 Maggio 1869 fu ricevuto nell'ospedale la Carità. Egli dice di aver superate due infiammazioni di basso ventre, l'una nel 13.° e l'altra nel 25.° anno di vita, e di aver sofferto per dolori reumatici dal 32.° al 35.° anno, senza però che questi ultimi l'abbiano mai obbligato al letto. Il malato non ha mai avuta alcuna altra malattia, e specialmente nè palpitazione di cuore, nè affanno di respiro. Quest'ultimo fece mostra di sè solo nel Gennaio di quest'anno, quando, si suppone in conseguenza di un raffreddamento, ammalò con tosse e dolore puntorio in ambedue le metà del torace, cui andavano congiunti violenti accessi di oppressione. Da questo tempo in poi il malato soffrì incessantemente di dispnea ed oppressione, incomodi che sotto l'uso dei soliti mezzi curativi e di un trattamento continuato per lungo tempo diminuirono in modo, da permettere che il malato lasciasse l'ospedale il 15 Maggio essenzialmente migliorato; però un rapido aumento delle sue sofferenze, insieme al gonfiamento verificatosi nelle estremità inferiori, lo costrinsero nel 24 Maggio a cercare di nuovo aiuto nella Carità.

Nel 27 Maggio il Prof. Traube presentò il malato nella Clinica, ed andò al protocollo il seguente:

Status praesens. — Il malato di mezzana grandezza, muscoloso e costituito discretamente bene, tiene una posizione sollevata sul dorso. Il sensorio non è del tutto libero; esiste grande tendenza al sonno e *collapsus faciei*. Le congiuntive e la faccia sono pallide e giallognole; il naso, la lingua e le estremità fredde; le estremità inferiori cianotiche e molto edematose. Il malato si lagna di oppressione e di mancanza di aria. Temp. 36,9 C.; Puls. 96.

Torace costruito discretamente bene. Solo la regione cardiaca a sinistra dello sterno è alquanto prominente. Le respirazioni si effettuano molto irregolarmente, e sono interrotte da completi arresti di respiro. Però in questa irregolarità non si può non ravvisare un ritmo determinato. Dopo ogni pausa respiratoria, che dura fino a 40 secondi; l'infermo comincia a respirare superficialmente, le respirazioni, senza affrettarsi l'una sull'altra, diventano a grado a grado sempre più profonde e finalmente dispnoiche, in appresso sempre di più in più dispnoiche, finchè il malato in ultimo raggiunge il più alto grado di dispnea con un alto gemito. Da questo momento si diminuisce di nuovo gradatamente il carattere dispnoico delle respirazioni, le medesime diventano sempre più superficiali e finalmente si arrestano. Dopo quest'arresto di respiro il malato comincia di nuovo a respirare debolmente, le respirazioni diventano poi più profonde, e così si rinnuova il quadro di sopra delineato. Lo spazio di tempo in cui si respira ascende in media a 34 secondi, ed il numero delle respirazioni in questo tempo ascende a 30. In ogni arresto respiratorio il malato incomincia a dormire, e si risveglia soltanto nel maximum della dispnea.

Nell'apparato respiratorio, prescindendo da leggieri rumori di rombo e di fischio, non si trova alcuna alterazione speciale; si ha leggera tosse con sputo scarso e semplicemente mucoso.

L'urto della punta del cuore si vede e si sente molto evidente nel 6.° spazio intercostale sull'estensione di centim. 3,9, centim. 5,2 al di fuori della linea mammillare sinistra, discretamente forte e più resistente del normale. L'ottusità cardiaca incomincia a sinistra dello sterno sulla 3.ª cartilagine costale, in basso giunge sino alla 7.ª costa, verso destra non sorpassa il margine sternale destro e verso sinistra non si estende al di là di dove si sente l'urto della punta. Sull'apice del cuore si sente un chiaro e lungo soffio sistolico ed un tuono diastolico appena accennato; nel margine sternale sinistro, sopra la base del processo xifoide, ed a destra dello sterno nel secondo spazio intercostale, due rumori di soffio, di cui il diastolico è più chiaro e più lungo del sistolico; a sinistra dello sterno, all'altezza della 3.ª cartilagine costale, soffio sistolico chiaro e lungo e tuono diastolico più debole. Nelle carotidi, breve ed aspro rumore anomalo sistolico, e debole tuono diastolico. Nelle arterie crurali nessun tuono.

Arterie radiali serpeggianti, ristrette e assai poco tese. Polso basso.

Lingua discretamente pulita ed umida; l'appetito manca; la sete non è molto aumentata. Ven-

Digitized by Google

tre molle e nell' epigastrio sensibile alla pressione.

Nei restanti organi non si mostra alcunchè di notevole.

Ordinazione: Moschi optimi
Sacchar. *ana* 0,3
da prendersi tre volte al giorno.

Inoltre fu amministrato un cucchiaio di vino ogni due ore. Ciò non ostante però il collapsus si accrebbe molto rapidamente, ed il malato morì alle 4 antim. del 28 Maggio.

Autopsia nel mattino del 29 Maggio. (Dottor Wegener).

Cadavere leggermente colorito in giallo. Edema piuttosto considerevole nelle estremità inferiori.

Dopo aperto il torace, il cuore si presenta su di una grande estensione, e si mostra molto ingrandito. Nel pericardio poco liquido chiaro. In ambedue i sacchi pleurali una discreta quantità di trasudato rosso-chiaro.

La più grande lunghezza del cono ventricolare ha centim 14,98, la più grande larghezza centimetri 16.

Il ventricolo destro molto fortemente dilatato e considerevolmente inspessito (centim. 2,97); i muscoli papillari alquanto allungati; le punte della tricuspidale inspessite in leggero grado.

Il ventricolo sinistro parimenti dilatato, le sue pareti molto ipertrofiche (centim. 4,85); le carni del cuore, qui come nel ventricolo destro, di buona consistenza e di colore rosso. La mitrale mostra un inspessimento diffuso nel margine libero, specialmente in quello della punta anteriore; le parti inspessite sono cartilaginee, ed hanno una lucentezza bianca cangiante in rossastro. Le fibre tendinee inspessite di poco. L'ostio dell'aorta, nella distensione del ventricolo, è di forma triangolare discretamente regolare; l'apertura ne è impicciolita di più di un terzo, ed attraverso di essa non è possibile di passare con la lama di una forbice ordinaria. Le valvole dell'aorta sono molto inspessite, cartilaginee, e per la più gran parte concresciute fra di loro. La superficie delle valvole è molto irregolarmente scabrosa da ambo i lati, a motivo di un gran numero di fine deposizioni calcari in forma di verruche.

Nell' aorta nessuna alterazione considerevole.

Polmoni bene aereati, in ambedue gli apici alcuni antichi inspessimenti callosi, disseminati di noduli caseificati.

Cervello iniettato piuttosto fortemente, in ispecie nella sostanza corticale, che mostra un'evidente punteggiatura in rosso, alquanto umido e molle, distretamente splendente. Nel ponte, nella midolla allungata e nelle altre parti del cervello non trovasi alcuna malattia a focolaio. Vasi della base intatti.

Nei restanti organi nulla che sia degno di apprezzamento.

L'esame microscopico della musculatura del cuore non mostra in alcun luogo degenerazione adiposa delle fibre muscolari.

Il Prof. Traube nel 1.° Giugno fece su questo caso la seguente:

Epicrisi. — Il modo speciale di respirazione, che fu osservato nel nostro malato: dal giorno del suo ricevimento sino alla morte, fu notato per la prima volta da un medico di Dublino, Cheyne, nel 1816 (1). Il caso di Cheyne riguardava un uomo di 60 anni, che era malato per degenerazione adiposa del cuore, e che 8 a 9 giorni innanzi alla sua morte aveva avuto un accesso di apoplessia. Da quest'accesso sino alla morte, come racconta Cheyne, si mostrò per parecchi giorni una speciale irregolarità della respirazione; questa cessava completamente di tempo in tempo per ¼ di minuto, poi il malato cominciava a respirare di nuovo, da principio debolmente, quindi sempre più profondamente e con maggiore frequenza, ed in ultimo di nuovo debolmente, finchè non sopravveniva una nuova pausa. Lo spazio di tempo, durante il quale si respirava, ascendeva forse ad un minuto, ed il numero delle respirazioni in questo tempo ascendeva circa a 40. L'esame del contenuto del cranio fatto dopo morte (eccettuata una forte iniezione della pia madre sui lobi medi e posteriori del cervello) non mostrò alcuna alterazione degna di essere rammentata.

Anche più dettagliatamente di Cheyne si esprime Stokes sopra il sintoma in discorso nella sua conosciuta opera sulle malattie del cuore (2). Egli dice di averlo sempre osservato, soltanto nella degenerazione grassosa del cuore, e in questi casi sempre nell'ultima settimana innanzi alla morte. La sua descrizione ha il seguente tenore. «Esso (cioè il sintoma) consiste in una serie d'inspirazioni, che si aumentano sino ad un maximum, e che quindi decrescono in forza ed in lunghezza, sinchè non sopravviene uno stato di apparente cessazione del respiro. Ciò può durare tanto a lungo, da far ritenere agli astanti che il malato sia morto; una debole inspirazione seguita da una più forte, indica il principio di una nuova serie di atti respiratori, che si vanno aumentando per poi decrescere di nuovo.... La diminuzione in lunghezza ed in forza degli atti respiratori è tanto regolare e notevole, quanto il suo aumento progressivo. Ogni inspirazione successiva diventa meno profonda dell'antecedente, finchè diventa quasi inosservabile, e sopravviene lo stato di apparente apnea». Le inspirazioni più profonde, come aggiunge Stokes, possono presentare un carattere dispnoico.

Come terzo che faccia menzione di tale feno-

(1) Dublin Hospital Reports. II., p. 217.

(2) Diseases of the Heart and the Aorta. Dublin. 1854, p. 324.

Digitized by Google

meno, noi dobbiamo nominare Schiff. Senza conoscere i suoi predecessori, egli nel suo trattato di fisiologia (anno 1858-59 p. 324) scrive le seguenti parole: «Ogni debole effusione di sangue intorno alla midolla allungata, ed ogni pressione su di essa, fa le respirazione più rapida e più laboriosa. Se l' effusione di sangue è più abbondante, o la pressione più forte, allora si osserva nei diversi mammiferi un sintoma speciale, di cui io invano ho ricercato l'analogo nella patologia umana, e su cui ho potuto dirigere l'attenzione dei medici. Le respirazioni cessano totalmente per ¼ o ½ minuto, per ricominciare, prima lente e poi celeri, e per decrescere quindi di nuovo fino alla sopravvenienza di un'altra pausa. Ciò sembra esser condizionato alle oscillazioni della forza di pressione, che necessariamente dipende dalla forza delle pulsazioni cardiache.»

Come si vede, la descrizione di Schiff non è completa quanto quella dei suoi antecessori, ma però spetta evidentemente a lui il merito, di avere somministrata la prima contribuzione sperimentale alla spiegazione di un fenomeno così saliente.

Il Prof. Traube, dal tempo in cui è comparsa l'opera di Stokes, ha avuto occasione di osservarlo spesso. Il primo caso, che vide, fu nel 1855. — Questo riguardava un uomo di 50 anni, che fu ricevuto nello stabilimento poco dopo un accesso di apoplessia. Il malato era comatoso ed emiplegico. Lo speciale modo di respirare fu osservato parimenti sino alla morte. La sezione dimostrò una grande effusione emorragica nella cavità del cranio, però nessuna traccia di degenerazione adiposa del cuore. Nell'intenzione di controllare l'opinione di Stokes, sul nesso del fenomeno con la degenerazione adiposa indicata, Traube volle sottoporsi alla fatica di esaminare microscopicamente e con tutta l'attenzione non solo i ventricoli ma ancora le orecchiette. Quindi anche prima della comparsa dell'opera di Schiff era venuto a convincersi dell' insostenibilità dell' opinione di Stokes.

Dall' insieme delle esperienze fatte da lui dopo quel tempo risulta il teorema, che il fenomeno di cui si parla può essere osservato nelle malattie di più diversa apparenza. È stato osservato più volte nelle emorragie cerebrali, nei tumori del cervello, nello stadio comatoso degli accessi uremici e nel terzo stadio della meningite tubercolare; sotto circostanze cioè, in cui neppure poteva parlarsi di malattia del sistema vascolare, e molto meno poi di degenerazione adiposa della musculatura del cuore. Tutti questi casi si accordano fra loro in ciò, che i malati che così respiravano erano nello stesso tempo privi di coscienza.

Ciò non ostante si deve riconoscere, che tale fenomeno non presentasi solo negli encefalo-pazienti, ma che può sopravvenire anche quando siavi perfetta integrità del contenuto del cranio; in questi casi il reperto anatomico ci spinge a ricercare nel cuore le condizioni del disordine respiratorio. Però tali casi presentansi molto più raramente di quello che non si pensasse Stokes, ed inoltre in tutte le malattie di cuore, dove si osserva il menzionato fenomeno, non si constata a dirittura una degerazione adiposa del muscolo cardiaco.

Nel caso presente, come si vede, la carne del cuore si mostra in modo perfettamente normale, ed in un altro, che fu osservato parecchi mesi or sono, e che in appresso volemmo esaminare da vicino, la degenerazione adiposa era qua e là appena accennata, e la principale alterazione, che si potette trovare nel ventricolo sinistro, fu una sclerosi delle arterie coronali.

Noi avremmo dunque da distinguere due serie di casi: *a*) casi con integrità del cuore e con alterazione di struttura del contenuto intracranico; *b*) casi con integrità del contenuto intracranico e con alterazione di struttura del cuore.

A primo aspetto potrebbe sembrare, che ambedue le serie nulla abbiano di comune fra loro; però una riflessione più attenta guida ad una spiegazione, che le riconduce ambedue allo stesso principio.

Prima però che noi entriamo in tale spiegazione, deve farsi menzione di alcune particolarità del fenomeno, che dai nostri antecessori sono lasciate senza considerazione.

a) La durata del periodo è talora così breve, e la pausa così poco espressa, che tutto il fenomeno può facilmente restare inosservato. Ciò si mostrò in un caso, osservato recentemente dal professor Traube, di tubercolosi del cervello e che terminò con una considerevole effusione nei ventricoli. In questo nello spazio di un minuto si avevano 4 o 5 di tali periodi comprese le pause, mentre per solito nei casi bene pronunciati in tale spazio di tempo se ne osserva appena uno.

b) Nelle pause straordinariamente lunghe, ma sempre verso il fine della pausa, si mostrano spesso tremori in diversi muscoli del corpo, specialmente nella faccia e nelle estremità superiori, i quali rammentano nel modo più manifesto il tremore, che si osserva dopo una più lunga pausa respiratoria negli animali debolmente curarizzati, in cui fu interrotta artificialmente la respirazione.

c) Durante le più lunghe pause spesso si accresce la tensione delle arterie, e decresce il numero delle pulsazioni, il che, come è noto, si può parimenti osservare negli animali debolmente curarizzati, nel tempo in cui è sospesa artificialmente la respirazione.

Se noi dopo queste annotazioni passiamo a considerare la causa del fenomeno, risulta che tutti i casi, benchè appaiano diversi, pure hanno una condizione comune: essa è la manchevole affluenza di sangue arterioso alla midolla allungata, in cui

Digitized by Google

notoriamente trovasi il centro del sistema nervoso respiratorio.

Che questa condizione si dia nei casi summenzionati di malattia del contenuto intracranico, si scorge a prima vista. Che si tratti di un copioso estravasato nella cavità del cranio, ovvero di un sopraempimento dei ventricoli del cervello con liquido cerebro-spinale, ovvero di un tumore, o infine di una infiltrazione sierosa della sostanza cerebrale come negli accessi uremici, la quantità del sangue circolante nella cavità del cranio deve evidentemente diminuire di tanto, di quanto si aumenta il volume dei depositi morbosi, e quindi anche il centro del sistema nerveo respiratorio deve contenere in dato tempo una quantità di sangue arterioso minore che nello stato normale.

La stessissima cosa dovrà accadere allorquando è diminuita sino a un certo minimum la quantità del sangue, che può scacciare il ventricolo sinistro in ogni contrazione, essendo scemata la sua capacità a funzionare, sia egli per degenerazione grassosa della sua musculatura, ovvero perchè in seguito a restringimento dell' orifizio aortico, ovvero a sclerosi delle arterie coronali, viene diminuito l'afflusso del sangue arterioso nel suo parenchima, e quindi in modo straordinario anche la forza di tensione della sua musculatura. Gli ultimi momenti sembrano bensì poter valere in modo efficace allora solo, quando il malato è già indebolito senz' altro pel progredire delle sue sofferenze, quindi quando il muscolo cardiaco è già pregiudicato nella sua nutrizione al pari degli altri muscoli del corpo.

Col diminuito afflusso del sangue arterioso resta anzi tutto scemato il trasporto dell' ossigeno, di un gas cioè, che noi sappiamo influenzare in alto grado l' eccitabilità degli elementi nervosi cellulari. Il Prof. Traube ammette quindi, che il fenomeno di cui si parla apparisca sempre, allorchè in seguito al molto diminuito trasporto di ossigeno viene scemata in alto grado la eccitabilità delle cellule nervee componenti il centro respiratorio. Con la diminuzione del trasporto di ossigeno si deprime tanto notevolmente la eccitabilità delle cellule nervee respiratorie, che per disimpegnare un' inspirazione si ha bisogno di una quantità più grande di acido carbonico, di quello che non abbisogni sotto condizioni normali. Egli è quindi naturale, che divenga più lungo lo spazio di tempo, entro cui si accumula nel sangue la quantità d' acido carbonico necessaria pel disimpegno di una inspirazione.

Noi qui abbiamo un rapporto simile a quello che si ha dopo tagliato il nervo vago nel collo. Se questa operazione si fa nei nervi prima denudati, con la necessaria destrezza e celerità, allora passa spesso un lungo tempo di ansia, prima che l'animale continui a respirare, e le seguenti respirazioni sono del pari divise fra loro da lunghe pause. Nei conigli si può in tal modo, come si sa, diminuire le respirazioni sino ad un quinto del normale.

Questo enorme ingrandimento delle pause respiratorie rammenta tanto più vivamente il fenomeno che ci occupa, quando le respirazioni, dopo il taglio del vago, diventano anche dispnoiche.

A dir vero, si è tentato in sulle prime di spiegare questa modalità degli atti respiratori mercè il restringimento della rima della glottide, che si ha nel taglio; per altro Traube ha dimostrato, che le respirazioni continuano ad essere dispnoiche anche allorquando la trachea viene aperta notevolmente. Si vede quindi, che la teoria del nostro fenomeno è intimamente connessa colla spiegazione del fatto, che dopo il taglio del vago crescono le pause respiratorie, e che nell' istesso tempo le respirazioni, che cadono fra queste pause, diventano dispnoiche.

Il Prof. Traube ha da lungo tempo data la seguente spiegazione di quest' ultimo fatto.

Le inspirazioni possono essere prodotte in doppia maniera, nel primo modo mercè la eccitazione delle fibre polmonari del vago, le cui estremità periferiche verosimilmente sono bagnate dal sangue, e le cui centrali stanno in connessione col centro nervoso respiratorio; nel secondo modo, anche mercè le fibre sensitive di tutte le parti del corpo, la cui eccitazione possa essere trapiantata con sufficiente forza sino alla midolla allungata, Che si trovino tali fibre nervose sulla pelle, non se ne può dubitare dopo il successo che noi otteniamo nell' asfissia dei neonati e negli svenimenti mercè gli spruzzi di acqua fredda. Che tali fibre pongano in relazione la mucosa dello stomaco col centro nervoso respiratorio, è cosa che tanto meno può porsi in dubbio in seguito ad altre esperienze cliniche.

Tra queste due specie di fibre, cioè fra le fibre polmonari del vago e le ultime menzionate, si trova però un' essenziale differenza; l' estremità periferica delle fibre polmonari viene bagnata dal sangue dell' arteria polmonare, ricco di acido carbonico, mentre l' estremità periferica delle ultime è bagnata solo dal sangue delle arterie del corpo, povero di acido carbonico. Se noi poniamo il caso, che le fibre nervee di ambedue le specie siano egualmente eccitabili, cioè possano essere trasportate in eccitamento efficace mercè eguale quantità di acido carbonico, allora è chiaro, perchè sotto rapporti normali entrino in funzione solo le fibre polmonari del vago. Queste servono al disimpegno dell' inspirazione, perchè solo esse sono bagnate da un sangue che possiede la quantità d' acido carbonico necessaria a produrre l' eccitazione.

Dopo il taglio del vago il centro respiratorio può essere tuttavia eccitato solo da quelle fibre nervee che, ad eccezione del polmone, pongono

Digitized by Google

tutte le altre parti pel corpo in collegazione con la midolla allungata. Se queste però devono essere eccitate, il sangue delle arterie del corpo deve possedere quella stessa quantità di acido carbonico, che, sotto circostanze normali, è posseduta dalla sola arteria polmonare. Esse rimangono ineccitate per tanto tempo, e non producono quindi alcuna inspirazione, finchè il sangue delle arterie del corpo non ha raggiunta la voluta quantità di acido carbonico.

Spiegate facilmente con ciò le lunghe pause respiratorie, che si hanno dopo il taglio del vago, la seguente riflessione conduce all'intelligenza del carattere dispnoico delle respirazioni.

Noi possiamo supporre senza difficoltà, che il numero delle fibre del vago, capaci di eccitare il centro respiratorio, sia assai più piccolo di quello delle fibre, che da altre parti del corpo sono in stato di produrre la respirazione. Quando, dunque, queste ultime entrano in azione, allora evidentemente deve essere molto più forte l'eccitazione da esse prodotte sul centro respiratorio, di quello che non lo sia quella, che possono produrre le fibre eccitate del vago, e quindi con la forza dell'impressione deve crescere anche l'intensità dell'impulso, che subisce la parte motrice del sistema nervoso respiratorio. Le semplici respirazioni diventano perciò necessariamente dispnoiche.

Se noi adattiamo quanto or ora si è detto al fenomeno respiratorio di Cheyne e Stokes, allora la spiegazione di esso sarebbe all'incirca la seguente:

In seguito alla diminuita eccitabilità del centro nervoso respiratorio, le normali quantità di acido carbonico non possono produrre alcuna inspirazione. Per produrre le inspirazioni, ne abbisogna una quantità abnormemente più grande, pel cui accumulamento è necessario però un spazio di tempo più lungo del normale. Da qui le lunghe pause respiratorie.

Sul principio però la quantità d'acido carbonico necessaria per l'eccitazione si troverà nel distretto del sistema dell'arteria polmonare, quindi l'eccitazione del centro nervoso respiratorio avverrà dapprima per fatto delle fibre polmonari del vago. Di queste noi sappiamo per le ricerche di Traube, che anche per la più forte eccitazione, p. es. della corrente elettrica, non diventano capaci di produrre alcuna inspirazione dispnoica. Quindi le superficiali, non meno che laboriose inspirazioni, che si presentano immediatamente dopo la pausa.

Poichè però in appresso si aumenta di molto anche nel sangue delle arterie del corpo la quantità di acido carbonico, ed in modo che questo ancora può eccitare efficacemente le fibre nervee sensitive, che dalla pelle e da altre parti del corpo possono eccitare l'attività della midolla allungata, ne segue finalmente anche la respirazione dispnoica. Essendo però da quest'ultima favorita poderosamente l'esalazione dell'acido carbonico, per cui la quantità di questo gas deve rapidamente decrescere nel sangue delle arterie del corpo, ne discende infine, che le inspirazioni tornano ad essere eccitate dalle sole fibre del vago. In ultimo, a motivo dell'incessante esalazione di acido carbonico, anche nel sangue dell'arteria polmonare la quantità di questo gas non è più sufficiente per eccitare efficacemente le fibre del vago, dal che ne viene per conseguenza necessaria il rinnovamento della pausa respiratoria.

Alla dimanda, perchè il modo di respirazione in discorso si sia osservato precisamente sul nostro malato, e non s'incontri in tutti i casi d'insufficienza delle valvole aortiche, non sarà dopo tutto ciò difficile il rispondere. La sezione dimostra, che l'insufficienza era qui complicata con una stenosi considerevole dell'orifizio aortico, ed oltre ciò anche con una, benchè leggera, insufficienza della mitrale. Mediante ciò l'afflusso del sangue nel sistema aortico, e quindi anche nella midolla allungata, doveva essere diminuito in grado eminente. Infatti le arterie del malato fin dal suo ricevimento, circa 3 giorni innanzi alla morte, presentavano fenomeni, che non si osservano negli altri semplici casi d'insufficienza delle valvole aortiche.

In questi giorni noi avemmo occasione di seguire di nuovo un caso di tale semplice insufficienza, in cui immediatamente innanzi alla morte si potè constatare un polso saltellante ed un tuono della crurale, e così si comportano tutti i casi di semplice insufficienza delle valvole aortiche, quando a questa non si accompagni una degenerazione adiposa del ventricolo sinistro, che certamente è atta ad annientare ambedue i menzionati fenomeni, non ostante la ancora esistente insufficienza delle valvole aortiche.

Nel caso presente non poteva pensarsi ad una degenerazione adiposa del ventricolo sinistro, e tuttavia le arterie radiali, prescindendo da una straordinaria ristrettezza, non mostravano alcuna traccia di polso saltellante, nè trovavasi alcuna traccia di tuono nelle arterie crurali. Quindi in ogni contrazione ventricolare doveva giungere una insignificante quantità di sangue nel sistema dell'aorta, e questa circostanza poteva esser solo la conseguenza di speciale complicazione di vizi delle principali valvole, cioè della complicazione d'insufficienza delle valvole aortiche con stenosi dell'orifizio aortico ed insufficienza della mitrale.

Mercè la combinazione di questi vizi valvolari era quindi il malato di già predisposto alla produzione del fenomeno di Cheyne-Stokes. La difettosa nutrizione del muscolo cardiaco fu poi quella, che negli ultimi giorni della vita tradusse in atto questa predisposizione.

In fine è a farsi ancora un'osservazione impor-

Digitized by Google

tante. Lo speciale modo di respirazione del paziente, che fu già osservato al suo ricevimento, raggiunse il massimo grado di sviluppo solo dopo una piccola iniezione sotto-cutanea di morfina, che fu fatta nella sera del 26 Maggio per ottemperare ad un suo desiderio.

A prima vista questa azione potrebbe esser riguardata come un post hoc ergo propter hoc: questa conclusione per altro viene contraddetta dalle esperienze, che noi avemmo occasione di fare rapporto a tali iniezioni, tanto in questo che nello scorso semestre. Il risultato di queste esperienze si può raccogliere in due teoremi:

a) Dove in seguito ad un vizio organico di cuore esiste una predisposizione al fenomeno respiratorio di Cheyne-Stokes, ivi le iniezioni di morfina possono produrlo all'istante.

b) Dove esiste già questo speciale modo di respirazione, come nel caso nostro, con le iniezioni di morfina addiviene molto più espresso.

Noi avemmo occasione di confermare più volte il primo teorema in un caso di emiplegia embolica, che si era sviluppata in seguito ad un insufficienza delle valvole aortiche e ad una stenosi dell'ostio venoso sinistro. Nel malato, che del resto non offriva traccia di anomalia respiratoria, furono fatte iniezioni di morfina, perchè essendo molto ciarlone non prendeva riposo nè giorno nè notte. Il fenomeno respiratorio di Cheyne-Stokes sopravveniva in questo caso dopo ogni iniezione, anche quando questa aveva per effetto un sonno interrotto o leggiero.

Questa ed altre simili esperienze, come si vede, sono adattate in massimo grado per appoggiare la nostra teoria sopra esposta. La morfina non può avere evidentemente alcuna altra azione sul centro nervoso respiratorio all'infuori di quella, di diminuire cioè la sua eccitabilità, e così di aumentare l'effetto del diffettivo afflusso di sangue arterioso sulla midolla allungata. Contro questa conclusione sarebbe possibile una sola obbiezione. Noi osserviamo talora dopo l'uso di cattive qualità di morfina, specialmente negli esperimenti sugli animali, sempre aumentata la potenza reflessiva. Potrebbe ora supporsi una tale azione anche nei nostri malati? Questa opinione però sarebbe contraddetta da due fatti; uno, che noi non avemmo occasione fin qui di osservare alcun che di simile nei malati, in cui fu usata la medesima specie di morfina, anche in forma di iniezioni sotto-cutanee, e l'altro che in nessun caso, i parossismi della respirazione di Cheyne-Stokes, prodotti od aumentati dalle iniezioni sotto-cutanee di morfina, erano accompagnati da innalzata potenza reflessiva.

Cattaneo Giovanni. — *La toracentesi capillare.* — Da un opuscolo intitolato «Sulla squadriglia sanitaria pavese, spedita al campo nell'anno 1866; con note sulla toracentesi capillare. Pavia, 1869.»

Da questo opuscolo impariamo come l'autore da parecchi anni abbia introdotto con buon successo nello spedale civico di Pavia il metodo delle punture capillari, non come semplice mezzo esplorativo, ma anche come espediente terapeutico, in varie affezioni, quali l'idratro, la vaginalite acuta con effusione, l'idrocele, gli ascessi per congestione ed in ispecial modo per eseguire la *toracentesi negli spandimenti pleurici.*

Per operare in questi casi ha ideato un apposito trequarti, la cui cannula è assai esile, non superando un millimetro di diametro; tutto il trequarti di poi offre una lunghezza di 40 millimetri circa, escluso il manico. Quando si vuole usare questo strumento per la toracentesi capillare, non si ha che a montarlo sul centro di un disco d'argento; il disco è foderato di guttaperca alla superficie colla quale deve appoggiare sul costato, ed alla superfieie opposta è munito di due bottoncini, cui si attaccano i capi di un nastro, il quale, cingendo il petto, tiene in sito e fermo lo strumento: per impedire poi l'ingresso tanto temuto dell'aria, all'orifizio esterno della cannula si può fermare, mediante un piccolo orlo, un pezzo d'intestino di pollo, che faccia le veci di valvola. — Con questo istrumento il Dott. Cattaneo riesce ad evacuare dal cavo pleurico circa un litro di marcia in meno di 30 minuti primi, e senza che gl'infermi avvertano menomamente l'effetto della puntura. Penetra nel petto nel 7.° o 6.° spazio intercostale sulla linea ascellare posteriore.

In questo opuscolo riporta 7 osservazioni, in due delle quali si ebbe rapida e completa guarigione (semplice pleurite ad essudazione liquida). in altri due grande miglioramento, con rimanenza di una piccola fistola toracica (pleurite purulenta), in tre la morte, indipendentemente dalla cura fatta, per gravezza e complicazione della malattia.

Termina poi avvertendo, che il Blaches, il quale sullo scorcio dell'anno passato pubblicò nell'*Union médicale* alcuni cenni intorno alla toracentesi capillare, richiamando a sè la priorità della proposta, forse non è stato il primo, poichè anche il Picard accampa delle pretese, nell'atto che asserisce di aver proposta simile operazione fino dall'anno 1862; ed inoltre che sì l'uno che l'altro adoperano un trequarti, molto differente da quello del Cattaneo, e di dimensioni assai maggiori, che non sarebbe altro in complesso che quello già da più anni adoperato dagli inglesi.

Digitized by Google

Bauer. — *Sulla porpora. e sull'uso della segala cornuta contro di essa.* — (Deutsche Klinik). Schmidt's Jahrbücher N. 1, 1869.

L'autore nella sua pratica spesso osservò casi di porpora, tanto semplice, che emorragica, che egli ritiene differire fra loro solo pel grado.

La forma più comune, la porpora semplice, unitamente all'altra, certo assai rara, la *purpura urticans* (Willan), si presenta soltanto nei poppanti e nei piccoli bambini, e con altrettanta frequenza nei bambini ben nudriti, apparentemente sanissimi, quanto nei macilenti, siccome l'autore osservò principalmente nell'eseguire le pubbliche vaccinazioni. Questa malattia per solito viene ritenuta come irrilevante, e solo poche volte cade sotto la cura speciale del medico. La massima parte dei casi, in cui fu ricercato l'aiuto del medico, erano di grave natura: esistevano emorragie dal naso, dall'intestino, dall'utero ecc. e i pazienti erano fanciulli maturi o meglio nel primo periodo della giovinezza. In tutti questi, d'accordo con Henoch (Beitr. zur Kinderheilk. 1868) trovò poco vantaggiosi tutti i rimedi fin qui raccomandati contro la porpora, ed al contrario decisamente proficua la *segala cornuta:* il sangue una volta effuso naturalmente non era assorbito con maggiore sollecitudine; però dopo 1-3, ed al più tardi dopo 6 giorni non avvenivano più emorragie. Finchè la segala si conservò buona, si diede in sostanza od in infusione a 8-10 grani (50-60 centigrammi) per dose 1-3 volte al giorno, più tardi si fece uso della tintura preparata coi miceli freschi. Per certo la secala cornuta non preserva dalle recidive, e l'autore in alcuni casi dopo 1 ½-2 anni usò di nuovo lo stesso rimedio col medesimo successo.

Egli non vide che una volta sola avvenire la morte in seguito di porpora in una ragazza ventiduenne, il cui padre era sano, vigoroso, ma alquanto bevitore: la madre, in gioventù assai robusta, sofferse in seguito di profuse mestruazioni. La ragazza di cui si tratta, fino dagli anni 12 ogni anno per alcune settimane, in seguito per alcuni mesi e sempre nell'estate, era curata dal medico per porpora semplice: più tardi soltanto sopravvenne violenta epistassi, quindi mestruazione profusa e finalmente emorragie dai pulmoni e dalle intestina. Nell'estate 1865 agli incommodi summenzionati si aggiunsero i cosiddetti dolori reumatici della peliosi emorragica (Schönlein), con ascessi sotto-cutanei ed inter-muscolari delle estremità inferiori, che contenevano un liquido colorito in rosso, appena purulento: la mestruazione in ultimo divenne permanente, ma solo costituita da un liquido rosso-chiaro, sottile. La ragazza morì con sintomi di grande anemia, e specialmente di idroemia. — La sezione non fu permessa.

Putegnat. — *Distocia in causa di un ulcere sifilitico al collo dell'utero.* — (Journ. de Brux. 1868) Schmidt's Jahrbücher, N. 2, 1869.

La comparsa di ulceri al collo dell'utero, al certo non frequente nella gravidanza e nel parto, nel maggior numero dei lavori o passò sotto silenzio, oppure fu trattata con poche parole. Cullerier osservò tali ulceri solo 2 volte in un anno, e Duparcque vide altrettanto in 200 casi, Vidal 2 volte, Ricord 6 volte, Gosselin 1 volta. Kiwisch e Suchanek ne diedero buone descrizioni; Scanzoni pure ne parla, però all'opposto di Suchanek riconosce in esse ulceri *una* sola forma; Courty parimenti ne dà un'esatta descrizione, simile a quella di Suchanek e Scanzoni.

L'autore adduce 5 osservazioni, di cui specialmente la prima è rara ed istruttiva. In tutti cinque i casi trattavasi di primipare, le quali portavano tutte durante la gestazione una grande ulcerazione sifilitica al collo dell'utero, e tutte partorirono precocemente. In 4 casi il carattere dell'ulcere veniva affermato dalla presenza di altre condizioni caratteristiche (scolo fetido purulento dalla vagina, condilomi piatti alla vulva ed all'ano, ulceri ai genitali esterni ecc.). In tutti 5 i casi il parto fu difficile, di modo che in 4 si dovette applicare il forcipe; mentre in un caso l'autore dopo l'incisione della bocca dell'utero tentò inutilmente la versione come unico ed ultimo, quantunque molto incerto, mezzo di salvezza per la donna, che trovavasi già quasi in agonia. La donna medesima perì in seguito di massimo esaurimento; il feto era già morto 8-10 giorni prima del parto. Le altre 4 donne guarirono, mentre tutti i bambini perirono (2-4 giorni dopo il parto in seguito di sifilide ereditaria). Nel 1.° caso devesi considerare come causa della distocia l'inspessimento estremo del collo dell'utero indurito, assieme all'esaurimento della madre, il quale ultimo era conseguenza dei patimenti, dello scolo purulento, e della cloro-anemia sifilitica. Negli altri 4 casi, in cui con bacino normale e resistenza moderata delle parti molli, il collo dell'utero era ampiamente aperto, la causa della distocia si può ripetere soltanto dall'esaurimento della madre e dalla poca energia delle doglie in seguito della sifilide.

Sebbene l'autore fosse richiesto di consiglio da moltissime donne, in cui il seguito aborto fu prodotto dalla sifilide, e quantunque ne abbia curate molte con malattie sifilitiche, la cui esistenza venne rivelata soltanto dalla sifilide ereditaria dei loro bambini, tuttavia non incontrò che questi 5 casi di distocia procurata dalla sifilide.

Digitized by Google

Fournier. — *Della sciatica blennorragica.* — (Société Médicale des Hôpitaux, 23 Octobre 1868). Lyon Médical N. 2, 1869.

La sciatica può nascere, secondo Fournier, sotto l'influenza della blennorragia, ed essere sotto la dipendenza di uno stato morboso dell'uretra. L'autore stabilisce successivamente: 1.° Che la sciatica entra nel novero delle manifestazioni del reumatismo blennorragico, ed appoggia il suo asserto con due osservazioni; 2.° Che si è veduto nel decorso di parecchie blennorragie successive manifestarsi successivamente diverse sciatiche, associate ad altre manifestazioni non dubbie di reumatismo uretrale, e qui l'autore riporta una terza osservazione; 3.° Che si osserva spesso la sciatica alternare in una serie di attacchi con manifestazioni reumatiche di un ordine differente; una quarta osservazione appoggia anche questo terzo argomento; 4.° Che la sciatica blennorragica ha del resto la sua fisionomia caratteristica. Essa d'ordinario esordisce in un modo subitaneo, e raggiunge tosto il summum d'intensità: i dolori, dapprima eccessivi, scemano di forza, per giungere ad un grado medio, dal 3.° al 5.° giorno, dopo di che la malattia si mantiene stazionaria più o meno lungamente, poi scompare, dopo una durata relativamente corta, paragonandola a quella della sciatica ordinaria.

La sciatica blennorragica cede con facilità alle ventose scarificate, le quali qui agiscono meravigliosamente, e talvolta sembrano iugulare la malattia alla prima applicazione. La sciatica blennorragica non deve essere confusa con una lesione bizzarra, blennorragica pure, cioè *l'igroma acuto della borsa sierosa ischiatica*, che spesso si accompagna a dolori vivi, analoghi al punto doloroso principale della sciatica, suscettibili di irradiazioni continue ed esacerbantisi, esagerati dalla pressione e dai movimenti. Il tumore dell'igroma, che è collocato a molta profondità, è assai difficile a riconoscersi, e così questa malattia, il più delle volte, è presa per una sciatica, parziale limitata al piccolo gluteo.

Montgomery. — *Sui succedanei del chinino nella cura delle febbri intermittenti.* — (St, Louis med. and. surg. Journ. 1868). Schmidt's Jahrbücher, N. 1, 1869.

Poichè il chinino nei casi ostinati di intermittenti si addimostra sì spesso inefficace, per modo che contro il di lui uso domina una grande avversione, ed anche i preparati arsenicali essendo non solo malsicuri, ma spesso anzi contro-indicati pei sintomi di gastro-enterite da essi prodotti, l'autore si è rivolto ad altri succedanei del chinino.

Se durante uno degli accessi gravi si fa dimostrare il paziente per dieci minuti in un bagno caldo quanto si può, in cui sia sciolta una misura (Quart) di sale comune, in tal caso gli accessi spesso non si ripetono; disgraziatamente non sempre è facile di procurarsi un tale bagno per gli adulti. — Dopo di ciò, un cucchiaio da caffè di *cloroforme* in un cucchiaio grande di sciroppo, preso in principio dell'accesso febbrile e ripetuto ogni mezz'ora, è spesso al caso di troncarne il corso ulteriore. Finalmente fra i tonici raccomanda il ferro-cianuro di ferro a grammi 4, con piperino ed estratto di tarassaco ana grammi 1 e 20 centigrammi, da farne 30 pillole, prendendone 3 ogni quarto d'ora; il citrato d'ossido di ferro grammi 8, con glicerina pura, grammi 60, tintura di cantaridi grammi 7 e centigr. 25, e acqua distillata grammi 24, da prenderne un cucchiaio da tavola ogni mezz'ora nella apiressia. Si aiuta l'azione curativa di questo rimedio con adatte dosi di acido fosforico o di acqua regia. Questi medicamenti si debbono usare soltanto negli intervalli di apiressia o dopo la scomparsa dell'intermittente. Durante i parossismi, all'autore prestarono più volte buon servigio i bisolfiti di soda e magnesia.

Bricheteau. — *Sulla puntura nella pneumatosi intestinale.* — (Bull. de Thér. 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 1, 1969.

L'autore riporta un caso in cui la paracentesi, preconizzata di nuovo da Fossangrives, fu eseguita 3 volte con gran sollievo dell'infermo e senza alcun pregiudizio.

L'infermo, d'anni 48, vent'anni prima era stato, per sei mesi, sotto cura per una pneumatosi. Da 4 anni esisteva un'ernia inguinale sinistra. Essendo obbligato al letto da otto giorni per violenti dolori alla spalla destra, rimarcò che nell'erigersi l'ernia non sortiva più, e ben presto vi successe gonfiamento del ventre, dolore ottuso, che non aumentava alla pressione, nella parte destra del basso ventre, nausea e costipazione dell'alvo. — Non cedendo a verun mezzo e la gonfiezza del ventre, che aumentava ugualmente ogni giorno, e la costipazione, fu praticata la puntura con un trequarti esplorativo, e si estrasse una quantità grande di gas. Quattordici giorni appresso fu necessaria un'altra puntura e così una terza. Ogni volta, alla puntura, che apportava gran sollievo, tenne dietro un'evacuazione alvina, non però verun sintoma di peritonite. Da allora in poi la gonfiezza del ventre diminuì, e divenne possibile di procurare evacuazioni per mezzo di clisteri.

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 9. BOLOGNA 30 Settembre 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Dalla Clinica Medica di Bologna (Prof L. Concato)

CACHESSIA PALUSTRE — TENTATIVO DI CURA COLLA TRASFUSIONE DEL SANGUE.

PEL PROFESSORE

LUIGI CONCATO.

S. N., quarantenne, nato alle Alfonsine, luogo di mal'aria nel ravennate, da genitori morti vecchi per malattie a lui ignote, era giunto a compiere il settimo lustro di sua esistenza, godendo in generale di buona salute. — Allora cominciarono in lui le febbri endemiche, che in seguito apparirono a riprese senza regola, nella stagione favorevole; duravano quindici, venti giorni ed un mese, e cessavano ordinariamente coll'uso dei chinacei. — Da un'anno però agli incomodi gravi, ma passeggieri dei parossismi febbrili, si erano aggiunte sofferenze permanenti al ventre (disordini funzionali dello stomaco, e delle intestina), cagionate, a suo dire, dalla milza, che si era straordinariamente ingrandita. E non avendo dopo ciò tardato ad apparire i segni di una sanguificazione molto alterata, ed il malato vedendosi ridurre ognora più a mal partito e farsi impotente, risolse di lasciare per qualche tempo il paese natio, e trasferirsi a Bologna, ove chiese e ottenue di entrare in questo spedale clinico la sera del 15 Aprile, anno corrente.

Reperto obbiettivo. — Statura alta, pannicolo scarso, scheletro robusto, fisionomia abbattuta, triste; l'infermo parla poco, e solamente del timore di prossima fine.

Cute terrea, con ecchimosi lenticolari e puntiformi, sparse qua e colà irregolarmente sugli arti, e sul tronco; muscoli gracili e flosci; alito fetido; mucosa labio-buccale pallida, gengive tumefatte, livide, corrose al bordo libero, stillanti sanie bavosa; colletti dei denti e molte delle radici scoperte. Collo lungo, assottigliato; iugulari esterne oscillanti per urto delle carotidi.

Il malato tossiva molto ed espettorava una materia bruno-nerastra (simile a brodo saturo di prugne) scorrevole, ma non compiutamente liquida, aereata a piccole e grandi bolle, in cui erano sospesi sputi mucosi, giallo-verdognoli. Il torace sinistro si dilatava meno; il bordo basilare del respettivo polmone arrivava anteriormente al margine superiore della terza costa; l'urto del cuore vedeasi in alto e verso la linea ascellare anteriore; all'angolo inferiore sinistro dell'area cardiaca udiasi un soffio sistolico, che durava anco tutta la piccola pausa. Alla percussione, afonesi sulla metà inferiore di sinistra (milza ingrandita) ed all'ascoltazione, dappertutto, davanti, di dietro, e sui lati rantoli d'ogni grandezza, fischi e sibili.

Addome di figura e conformazione irregolarissime. Un corpo solido, molto resistente, di superficie omogenea e liscia, conterminato da bordi tondeggianti e grossi, ne occupava quasi interamente la parte sinistra. Sul margine interno e superiore di esso corpo, sentivasi due incisure, una immediatamente sopra l'ombellico, l'altra sotto l'arco costale, lunghe in traverso 4 centimetri, profonde e larghe tanto da penetrarvi colla punta delle dita. Il diametro longitudinale di quel corpo (dall'ombellico obliquamente verso la linea scapolare), risultò di m, 0,38; il trasverso (paralello all'asse del ventre dal 3.° spazio intercostale all'altezza della cresta iliaca), m. 0,28. Preso fra le mani pei bordi inferiore ed interno, si poteva smuovere, benchè limitatamente, e spingere sotto le coste, i cui archi perciò aumentavano. Nessuna traccia di liquido intraperitoneale. I piedi e le gambe erano alquanto enfiate e la enfiagione diveniva maggiore stando il malato in piedi. Le orine fluivano scarse, chiare e rosse; presto si intorbidavano e formavano indi un sedimento abbondante somiglievole a mattone cotto e polverizzato. Poco o quasi nullo era l'appetito pel cibo; rare le evacuazioni, e le materie molto colorite. Pulsazioni radiali 78; respirazioni 18; temperatura 37°.

L'indomani, il microscopio confermò la presenza del sangue, (corpuscoli deformati) nelle materie espettorate, e lo stato di bronchite catarrale cronico. Osservato poscia anche il sangue estratto dai vasi, si videro i globuli rossi sbiadati molto, avvizziti e grinzi; i bianchi scarsi, e molto pigmentò granelloso ed in zolle.

Non vi era da far questione sull'origine della cachessia, che i precedenti parlavano da sè; interessava solamente di far notare, che le alterazioni più consuete, prodotte a lungo andare dalla malaria, avevano quivi tocco un grado altissimo,

Digitized by Google

e che nel parenchima polmonare erano avvenute certamente emorragie.

Fu prescritto: Grammi 90 di succo di limone, da bersi ogni mattina a digiuno in più volte, agitando il liquido per qualche tempo in bocca prima di deglutirlo; poi *quattro* polveri al giorno della seguente composizione: arseniato di ferro milligrammi *due*, zucchero centigrammi *ottanta*, da cominciare a prendersi tre ore dopo bevuto il succo citrico; finalmente un bagno generale di quindici minuti in acqua semplice e durante lo stesso una doccia pluviforme sulla milza ingrandita. — La sera, dopo il primo bagno, vi fu leggiero freddo, indi calore (37°, 80) e nella notte sudore; centemporaneamente apparve diarrea di materie colerose, la quale continuando mi fece sospendere ed il bagno e le polveri, e prescrivere invece

Tannino centigr. 15
Zucchero grammi *uno*
M. in polv.

Prese quattro di queste dosi, la diarrea era cessata; non più freddo, non sudori; l'appetito cresciuto; nessuna o poca sete, l'urina al solito. Ricorsi quindi all'arseniato di ferro sotto forma di sciroppo, ma rioomparsa la diarrea, non ne volli più usare, lasciando il malato col bagno e col succo di limone (1).

Peggiorando le cose a vista d'occhio, specialmente lo scorbuto, e disperando di mezzi più validi, volli sperimentarne uno, in casi consimili non ancora tentata, la trasfusione del sangue. Essa mi pareva d'altronde indicata dalla scarsezza grande dei globuli sanguigni, per cui non solo dovevano essere insufficienti a fissare l'*ossigeno* conveniente ad una vita meno morbosa degli organi sanguificatori (milza e fegato); ma neppure il necessario a mantenere a dilungo l'esistenza del malato, pel quale l'essere o non essere potea dirsi veramente una questione di *ossigeno*.

Le abnormità del sangue non erano però solamente quantitative, e la estrema sua fluidità, lo aggrinzamento e la pallidezza grande dei corpuscoli rossi, la presenza del pigmento, la diminuita coagulabilità erano argomenti che stavano per un cambiamento anche di composizione chimica. Ciò posto, conseguivano due quesiti di importanza pratica contrari. Era a chiedersi in primo luogo, se il sangue trasfuso avrebbe operato salutevolmente pel solo fatto meccanico, e se ed in quanto vi sarebbe concorsa un'azione, diremmo quasi, tutta vitale o di contatto col sangue circolante; secondariamente, se non era invece da temere il rovescio, vale a dire che la mescolanza dei due sangui non finisse per guastare anche il trasfuso.

Affermativa o negativa, la soluzione del primo quesito era inutile; poichè: o il sangue trasfuso, e non importava sapere come, prendeva realmente parte diretta al rinnovamento del circolante, e tanto meglio, chè non più una, ma due forze sarebbero concorse all'effetto; od il contatto riesciva indifferente, e qual danno per ciò?

Altrettanto necessaria era invece la soluzione del secondo quesito, stante che se metteva capo nell'affermazione, veniva a noi imposto di abbandonare il progetto e risparmiare al malato i dolori dell'operazione.

Un'azione malefica del sangue circolante sul trasfuso non è concepibile che per quei modi stessi, per i quali il trasfuso opererebbe beneficamente, cioè, o pel numero dei globuli, o pel loro contatto.

Certamente la supposizione che pochi grammi di sangue trasfuso perdano ogni valore vitale, una volta diffusi nella massa del sangue circolante, quasi sopraffatti dalla prevalenza numerica, non sarebbe fuor di ragione, se i globuli del sangue non godessero in generale, soprattutte le altre cellule, di una grande autonomia, che rende l'esercizio della loro funzione chimica possibile in qualunque circostanza, e se dall'altra le condizioni anatomiche non fossero così favorevoli, come sono, a cotale esercizio. In effetto, i corpuscoli sanguigni non si affollano dovunque per combinarsi all'ossigeno, sicchè per lo eventuale consumo fattone dai primi, gli ultimi dovessero tornarne senza. L'ossigeno invece non è accessibile ad essi che nei capillari del polmone, dove pure hanno a passare quasi ad uno ad uno; il che essendo, ognuno vede chiaramente che le sottrazioni di sangue fatte a scopo di scemare la influenza della superiorità numerica dei globuli già circolanti, mancano di fondamento teorico.

Più difficile è dimostrare che nessuna viziatura dovesse venire al sangue trasfuso, dal suo contatto diretto con sangue viziatissimo. Poichè in tal caso invocare quale mezzo preservativo, l'autonomia de' globuli equivarebbe alla illogicità del circolo vizioso, o della petizione di principio, essendo precisamente il fondamento della predetta ipotesi, che in simili circostanze non si possa conservare l'autonomia medesima. Però riflettendo che nel caso nostro, le alterazioni anatomico-chimiche del sangue non erano idiopatiche, bensì effetto di altre avvenute negli organi che ne preparano gli elementi di cui è composto; si poteva conchiudere che, non provenendo i globuli trasfusi da sorgente guasta, avrebbero forse avuto in sè tanta forza da escirne incolumi nel breve tempo di loro vita naturale. Se queste riflessioni non avessero bastato a farmi risolvere definitivamente ad operare

(1) Frerichs ha il succo citrico per diuretico; ma nè in questo, nè in casi di idropi io ho potuto verificare questa sua proprietà.

Digitized by Google

la trasfusione, mi ci avrebbe spinto la indicazione che in extremis tentanda sunt extrema remedia.

La notte dal 29 al 30 fu necessario di tamponare la narice sinistra del malato, per una epistassi infrenabile. Il sangue perduto oltrepassò il chilogrammo. Era fluido affatto, senza ombra di coagulo, abbondevole di siero e con un crassamento grumoso in parte ed in parte pulverulento. Durante l'emorragia il polso era disceso a 56; la temperatura a 36°, 60; le forze del malato abbattute estremamente (1). Fu al momento prescritta una soluzione acida di percloruro di ferro (grammi 2 in 100 di acqua distill.); e sulla fronte applicate pezznole inzuppate di acqua diaccia. Cessata l'emorragia, il 2 Maggio alle 12 meridiane i colleghi Vella e Loreta, professori di fisiologia l'uno e di clinica chirurgica l'altro, eseguirono la trasfusione, servendosi di mezzi semplicissimi; cioè di una canna metallica capace per 70 centimetri cubici, munita del rispettivo stantuffo, di un nastro da salasso, di un coltello con lama panciuta e di una lancetta. Alla canna avvitavasi una cannula lunga in media 7 e larga un centimetro, piegata verso la metà ad angolo di 170°. L'apertura sua ellissoide-obliqua avea contorno sottile, e diametri di m. 0,005 e m. 0,003.

Dopo collocato il paziente disteso sul letto da operazioni, si aprì la vena mediana cefalica d'una infermiera giovane, sana e robusta. Man mano che il sangue esciva si sbatteva con un bastoncino di vetro, e poi a privarlo della fibrina coagulata si poneva a filtrare traverso tela usata e pulitissima, raccogliendo la filtratura in un bicchiere, immerso in acqua a 40°. di C. In questo mezzo il Prof. Loreta, incidendo di traverso la cute già sollevata in piega, scopriva la vena mediana cefalica destra del malato, la quale per lo strettoio applicato prima attorno al braccio, apparve come un cordone turchino, splendente, liscio, uniforme, grosso quanto una penna comune d'oca. Incisolo per la lunghezza di un centimetro, escirono poche goccie di sangue; dopo di che introdotto buon tratto della cannula, levato lo strettoio, e messo un assistente a comprimere la vena sulle pareti della cannula stessa, affinchè non rigurgitasse il sangue trasfuso, il Prof. Vella cominciò a premere dolcemente sull'anello dello stantuffo. Visto però che questo non si smoveva e che al disopra della vena si andava formando un trombo, cessò di farlo ed estrasse la cannula. Uno specillo che penetrò bene innanzi, fece supporre che l'ostacolo fosse estravenoso, laonde si ritentò la trasfusione; ma fallito anche questo tentativo fu deciso di operare sulla mediana basilica dell'altro arto.

Questa seconda trasfusione fu invero più fortunata, non però appieno soddisfaciente, e ciò perchè sta volta pure si era formato un trombo. Tuttavia, calcolando il sangue perduto fra il coagulo e qualche goccia rigurgitata, e la quantità che mancava nella canna, 20 centimetri cubici erano stati certamente spinti in circolazione.

Il malato non si accorse dello scorrere del sangue lungh'esso il braccio, nè di altro cambiamento qualunque nel suo stato; nullameno la fisonomia apparve più animata, la diastole della radiale era divenuta più ampia, immutata la frequenza del circolo, e della respirazione.

Quaranta minuti dopo pulsazioni 78; respirazioni 20, temperatura a destra 37°, 40, a sinistra 37°, 20; alla sera pulsazioni 78 respirazioni 22, temperatura 37°, 60. Il malato sentivasi bene ed avea piuttosto sonno, dalla ferita del braccio destro stillava siero sanguinolento.

Il 4 successivo si rifece la trasfusione, usando però di canna meno capace (35 centim. cubici) e quindi più facile a maneggiare; la cannula avvitatavi, flessa parimenti ad angolo ottuso verso la metà e molto più corta, avea m 0,002 di diametro, e non era uniforme, ma maggiore all'estremità periferica; laonde risultava uno sporto dietro cui, stringendo un filo di refe passato sotto la vena con un ago di Deschamps, si sarebbe impedito il rigurgito del sangue trasfuso. L'orlo dell'apertura libera della cannula stessa non era poi quasi tagliente, e così non avrebbe potuto scalfire la tonaca intima (ciò che probabilmente era accaduto nelle trasfusioni precedenti), e cagionare una specie di aneurisma interstiziale diffuso.

L'esito dell'operazione fu felicissimo; di 35 centimetri cubici di sangue tolto da un'infermiera sana e robusta quanto la prima, 34 furono trasfusi nella vena cefalica sinistra. In quel mentre le pulsazioni della radiale aumentarono di 28 (108) e subito dopo diminuivano di 14 (94). Nè il malato, nè noi applicando il polpastrello di un pollice sul tronco della vena, poco sopra il cubito, sentimmo alcun che di somiglievole al trascorrere di un liquido nella stessa. La notte di quel giorno minacciò una terza epistassi, che fu impedita dall'emostatico del Piazza.

Il 5 ed il 6, polso e respirazione normali, appetenza e digestione facile dell'alimento, evacuazioni figurate, urine meno sedimentose, pelle soda e pastosa, ferite suppuranti regolarmente, sonno tranquillo, fisonomia animata; il malato d'umore più allegro e più fiducioso nell'avvenire, desiderava, ed instava perchè si rifacesse e presto, una nuova trasfusione ciò che avvenne il giorno 7. Nella vena safena destra, scoperta al terzo superiore della gamba, s'erano iniettati 44 grammi di sangue levato da un infermiere, e questa volta

(1) Oltre queste, altre osservazioni patologiche e vari esperimenti da me praticati starebbero contro la teoria, che vuole la frequenza dei moti cardiaci inversa alla facilità della circolazione periferica, e maggiore quindi dopo perdite di sangue.

Digitized by Google

pure, nè durante l'atto operatorio nè dopo, si verificarono forti cambiamenti nella circolazione e respirazione. Il miglioramento suddetto continuò e crebbe nei giorni successivi, a segno che non vi avevano più traccie di stillicidio di sangue dalle gengive e dalle narici, e più non erano apparse echimosi sulla cute. Avendo nullameno le ferite preso un'aspetto non guari buono, si pensò di medicarle con solfito di magnesia grammi 6 sciolto in *dugento grammi* di acqua distillata; della quale soluzione si fece uso anche per la via delle narici, onde mitigare il fetore insopportabile prodotto dal tampone, lasciato in sito per prudenza.

La mattina dell'11 ebbe luogo la quarta trasfusione di sangue, estratto ad un operaio d'aspetto robusto. Prima dell'operazione l'infermo era stato per 10 minuti in un bagno d'acqua a 27° R.; egli si sentiva bene e vi si sottoponeva con animo lieto e fiducioso. Ma questa volta la cosa non andò così liscia come nelle altre; durante la operazione egli si sentiva oppressione al petto, dolore all'occipite, sul quale portava spesso la mano e giramenti di testa. Sulla sua fisonomia leggevansi l'angustia e lo spavento, a cui era in preda; il polso piccolo (100), la respirazione affannosa (26). Fattogli bere alquanto di una mistura eccitante, in qualche minuto tutto erasi dileguato, meno il dolore all'occipite ed una certa frequenza dei moti cardiaci.

Mezz'ora appresso (2 pomerid.) principiò a tremare di freddo per più di un'ora, poi ebbe caldo febbrile (39°) con ismania e capogiri e finalmente sudò moltissimo per alcune ore. Durante questo stato si fece un clistere con infuso di camomilla.

Alle 9 pom. temperatura di 37°, puls. 90, piccole, compressibili, respirazioni 30; nessun appetito, sete vivissima; due evacuazioni pultacee scarse, orine al solito; stillicidio sanguinolento continuo dalla narice sinistra. La mattina dopo apiressia; milza in apparenza meno mobile e più resistente, benchè le misure del ventre e quelle dei suoi diametri non fossero variate.

Ma qual'era stata la causa dello spiacevole avvenimento? forse l'operazione per sè? o la trasfusione insieme al sangue, di aria o di qualche coagulo? o la temperatura del sangue trasfuso inferiore a quella delle trasfusioni precedute? od un'eventuale mala predisposizione del malato? od infine la speciale composizione del sangue adoperato?

1.° — Gli atti operativi non variarono, e certamente la speditezza e facilità acquisite nel ripeterli aveano dovuto renderli anco più sicuri. Nè difetti vi furono nei preparativi, essendosi usato lo stesse processo di defibrinazione, ed avuta eguale cura che arnesi e pannolino fossero pulitissimi.

2.° — Nello sbattere il sangue che esce da una vena, conviene necessariamente che vi si mescoli l'aria ambiente ed in abbondanza. Non è però a credersi codesta una mescolanza perniciosa, perchè già nello stato sano i componenti dell'aria sono contenuti liberi nel sangue; perchè innocenti sono le iniezioni negli animali, quando l'aria venga spinta nelle vene con grande lentezza, e perchè infine moltissime trasfusioni sonosi finora praticate, senza che accadesse alcun che di simile ai fatti verificatisi nel caso nostro.

La trasfusione contemporanea di un coagulo era pure improbabile, non avendosi provato nell'eseguire l'operazione alcuno ostacolo, che non sarebbe certamente mancato, anche se il coagulo avesse avuto precisamente il diametro della cannula. Eppoi la qualità e durata delle conseguenze sarebbero state incompatibili con gli effetti di coaguli incagliatisi nei capillari del polmone, o passati oltre nel sangue arterioso.

3.° — Rispetto alla temperatura del sangue trasfuso, l'assoluta era stata quella delle trasfuzioni precedenti, cioè di 32°; e la ipotesi che la via più lunga percorsa entro la safena lo avesse così sensibilmente raffreddato, avea contro di se la terza trasfusione operata in circostanze identiche, e la prontezza con la quale le due masse, incomparabilmente differenti in quantità, si sarebbero equilibrate senza produrre abbassamenti dannosi.

4.° — Una predisposizione morbosa del momento era inammissibile.

5.° — Chi avea prestato il sangue da trasfondersi era, come ho scritto, persona di apparenze robuste; avea bensì voce difettosa, ma non ricordava che fosse mai stata più chiara. Chieste sul conto suo informazioni dopo l'accaduto, si seppe che abusava delle bevande alcooliche.

Giudichi il lettore se ed a quale di queste cause fosse da attribuirsi la sindrome sintomatica predescritta, che io diagnosticai per un'accesso di febbre intermittente.

Fu quindi prescritto bisolfato di chinino centigrammi 60, da sciogliersi in acqua distillata grammi 100, soluzione che fu ripetuta anco la sera del 12, in cui il polso era 86, la respirazione 20 e la temperatura 37°, 60. Poco per volta tutto tornò nato allo stato di prima; appetito forte; evacuazioni normali, orine abbondanti, sempre molto colorate, ma che non intorbidavano, nè facevano depositi. La soluzione predetta fu presa dal malato altre due volte, e frattanto andava facendo bagni caldi generali solforosi di 20 minuti, dopo tre o quattro dei quali l'appetito era cresciuto a dismisura. Sospesa la soluzione di chinino, questo fu dato in polveri di centigrammi 5, aggiungnendovene 10 di sale ammoniaco marziale. Le cose pareano procedere nel miglior modo possibile, e perfino varie delle ferite erano cicatrizzate; ma l'impressione dell'avvenimento sull'animo del paziente era stata così viva, che nulla potè indurlo a sottoporsi un'altra volta alla tras-

Digitized by Google

fusione, neppure il vedere che in seguito bel bello ripeggiorava. E veramente da qualche giorno andava aumentando la grossezza degli arti inferiori e riapparivano intorno ai malleoli e sul terzo inferiore della gamba lividori lenticolari permanenti; le gengive si erano rifatte tumide e gemevano sangue, e le orine ridiventate rosso-brune e molto sedimentose; in breve eravamo tornati allo *statu quo ante* l'operazione.

Il 29 Maggio, giorno passato al solito, il malato coricavasi sull'imbrunire, dopo tornato dal passeggio. Ben presto prese sonno, e dormito (come egli si era espresso) saporitamente fino alle tre antimeridiane, si destò sentendo bisogno di votare il ventre. Portatosi al cesso venne ivi improvvisamente colto, dapprima lungo le vertebre, poi per tutto il corpo da freddo fortissimo, che durò un'ora e mezzo circa. Riposto a letto fu subito soprappreso da ortopnea rantolosa e da tosse con espettorazione, o meglio flusso di materie molto scorrevoli, somiglianti al vino di Malaga, coperte di spuma gialla, molta e tenace e abbondevole così da farne la raccolta di 1300 centimetri cubici in 7 ore. Passato il freddo, la temperatura si rialzò e giunse ai 40°; più tardi cominciò e continuò per alcune ore un sudore profusissimo, particolarmente alla faccia.

Mattino del 30 Maggio: temp. 40, puls. 176, respirazione 40; smania, inquietezza prostrazione estrema, sete ardente (bevuti 2000 centimetri cubici d'acqua), disfagia; fronte coperta di sudore, pupille dilatatissime, orine 2200 centimetri cubici; tre evacuazioni di fecci figurate. Alla percussione, ipofonesi alla base del torace sinistro; all'ascoltazione, respiro russante dappertutto, rantoli d'ogni grandezza numerosissimi, apnea del polmone sinistro, inferiormente. — Prescrizioni: infuso d'arnica di sei grammi in 120 d'acqua, con un grammo di elixir acido dell'Haller, revulsivi alle sure ed alle coscie. Alle 3 ½ pom. pulsazioni innumerabili, resp. 36, temp. 40 e 50. Alle 4 e ¾ morte subito dopo temp, 39, 60.

Reperto necroscopico. — Statura alta, cute giallo-terrea, macchie paonazze estese posteriormente, echimosi puntiformi e lenticolari discrete, o confluenti all'interno delle coscie e gambe; scarso pannicolo, muscoli gracili, flosci (18 ore dalla morte), scheletro robusto. Addome tumido, verdognolo nella porzione sotto-ombelicale. Le ferite ai cubiti cicatrizzate, quelle alle gambe aperte, sanguinolenti, con fondo nerastro o rossigno, e contorni bluastri.

Pleure normali; nelle loro cavità parecchi grammi di liquido rossigno e fiocchi di fibrina, particolarmente a sinistra. Polmoni molto voluminosi, mezzo putrefatti, senza aderenze, tranne qualche briglia interlobare. Lobi superiori rosso-pallidi, soffici, crepitanti; la base degli inferiori grigio-livida, di solidità pastosa e maggiormente a sinistra. Mucosa della trachea e bronchi maggiori imbevuta di sangue; nei minori molto liquido sanguinolento, spumoso. Al taglio, il lobo superiore sinistro rosso-cupo, liscio, omogeneo, iperemico, resistentissimo, irreducibile (ipertrofia del tessuto interstiziale, parenchimatosa) un po' edematoso; l'inferiore superiormente crepitante, nella parte inferiore, solido, rosso-nero, voluminoso, gonfio, omogeneo, non granuloso, fragile. Il lobo superiore destro inzuppato di siero sanguigno, il medio asciutto ed ipertrofico; l'inferiore, nella porzione crepitante, con chiazze di tinta rugginosa, corrispondenti a tuberosità interstiziali, talune voluminose quanto una noce comune, fragili, edematose; del resto eguale al sinistro.

Cuore floscio, vuoto e magro; endocardio, valvole e vasi imbevuti di sangue; miocardio, grigio-giallastro, granelloso; aorta lievemente ingrossata.

Nel peritoneo parecchi ectogrammi di liquido sanguinolento con fiocchi fibrinosi. L'intestino tenue raccolto attorno l'ombellico; il cieco distratto dalla fossa iliaca e col fondo sollevato contro la parete addominale; il colon ascendente e trasverso, compresi e compressi fra le anse dei tenui, il bordo interno della milza e la grande curvatura dello stomaco; questo viscere collocato per la maggior parte nel luogo del colon ascendente, colla grande curvatura sul davanti, la piccola di dietro, paralella alla superficie inferiore del fegato; il fondo cieco sotto la xifoide, schiacciato fra i visceri ipocondriaci; l'asse longitudinale inflesso, e la porzione pilorica diretta obliquamente da destra a sinistra, a contatto del rene destro. L'asse maggiore (trasverso) del fegato, in direzione quasi verticale, fra la linea parasternale destra, all'altezza della quinta costa ed il terzo anteriore della cresta iliaca. La milza confinante in alto col margine superiore della 5.ª costa, in basso colla spina anteriore e superiore dell'ileo; allo interno col prolungamento della linea parasternale destra e colla mediana, ed all'esterno quasi colle vertebre lombari.

Suoi diametri:	longitud. M.	0,353	travers. M.	0,241
Periferie	» »	0,940	» »	0,610
Grossezza media		0,082		

Peso grammi 5100.

La metà superiore del viscere involta in membrane grosse, vascolose, aderenti al peritoneo del diafragma; sul suo bordo interno due incisioni lunghe e profonde vari centimetri; il tessuto di consistenza quasi lignea, grigio-livido-rossastro, scricchiolante al taglio, fragile, senza ipertrofia considerevole dei corpuscoli malpighiani. La vena splenica ampia quanto la cava discendente; l'arteria come una grossa carotide.

Fegato pesante grammi 3890; la sua superficie

Digitized by Google

liscia, la struttura resistente, omogenea. Reni moderatamente ingranditi.

Epicrisi. — Gli effetti fisiologici e terapeutici operati dalla trasfusione, non che la morte avvenuta così inaspettatamente, sono, a mio credere, i fatti che nel caso descritto meritano particolare considerazione.

Le tre prime trasfusioni furono eseguite senza epifenomeni, eccetto la frequenza maggiore del polso e del respiro nella seconda, le quali funzioni non tardarono però, anzi prestissimo tornarono a ricomporsi normalmente. Durante la quarta operazione apparvero invece sintomi subbiettivi ed obbiettivi di disordini funzionali nel cuore, nei polmoni e nella sensibilità, che accennavano un eccitamento soverchio degli apparecchi nervosi, i quali dal centro mantengono e governano i movimenti di quei visceri, precisamente come suole avvenire in chi immerge od asperge improvvisamente con acqua fredda il corpo denudato. Sulla causa di quei turbamenti, che furono i sintomi prodromi del successivo parossismo febbrile, abbiamo già veduta la difficoltà di una conchiusione definitiva, nè sappiamo se il lettore potrà convenire sulla ipotesi che, il sangue adoperato in quella trasfusione, sangue di un bevitore, direttamente o per via indiretta, cioè attuando la discrasia esistente in potenza, ne potesse essere stata la vera cagione effettiva od occasionale. Ad ogni modo si può trarre da tutto questo un corollario non inutile alla pratica delle trasfusioni, cioè di porre ogni cura affinchè il sangue da trasfondersi sia presuntivamente immune da ogni labe, quale dovrebbe a mio giudizio, essere quello di ragazze non mestruanti.

Rispetto agli effetti terapeutici, i cambiamenti osservati nel malato seguirono così immediatamente le singole operazioni, ed il miglioramento andò talmente crescendo come si ripeteano, che non parmi abbia luogo il dubbio, se i vantaggi ottenuti si dovessero a tutt'altro, fuori la trasfusione. Così avessimo potuto ripeterla! Non che io avessi in animo di rifare quell'organismo mezzo diroccato, chè le mie speranze non andavano tant'oltre; ma avrei potuto pur soddisfare al desiderio grandissimo di vedere a qual punto avrebbesi potuto portare il miglioramento, e quale ne sarebbe stata la stabilità. Quegli effetti terapeutici positivi poi servivano benissimo di conferma alla nostra deduzione negativa, che cioè la prevalenza numerica dei globuli del sangue circolante, o qualsiasi altro influsso malefico, non avrebbe impedito a quelli del sangue trasfusò, l'esercizio delle proprie funzioni e frustrata l'opera di ristorazione che doveano compiere.

Della morte inaspettata la causa occasionale fu l'accesso di febbre che colse il malato, non si sa da che causa; se però non si ami credere che la libertà accordatagli di escire a diporto per respirare un'aria più pura, non lo avesse tratto a commettere qualche disordine, come taluno parea allora opinare. Sia com'esser si voglia, senza l'edema polmonare interstiziale e l'idrope bronchiale acutissimo, senza le emorragie parenchimatose, alla cui verificazione non mancava proprio che la spinta della febbre, l'infermo l'avrebbe forse superata, benchè più grave assai dell'altra superata venti giorni prima.

La febbre, come è già noto volgarmente, è causa od effetto che dir si voglia, di uno squilibrio nelle funzioni del cuore e dei vasi, e quindi nel movimento del sangue. Se la precede un accesso forte di freddo, durante il medesimo il sangue rifluisce nei visceri, e se ciò coincide con uno stato idroemico, e coll'eventuale presenza di qualche viscere abitualmente iperemico, e di struttura favorevole all'infiltrazioni ed ai versamenti, la funzione sua si disordinerà, e si abolirà ancora, rendendo così, giusta la sua importanza, difficile od impossibile un'ulteriore esistenza. E ciò appunto è quanto avvenne nel nostro infermo; parossismo febbrile, con istadio di freddo gagliardo e lungo, idroemia in altissimo grado, polmoni abitualmente congesti, e costrutti in modo, che facilmente avvengono in essi le infiltrazioni sierose interstiziali, e infiltramenti nei bronchi. A mantenere poi cotale effetto nel corso della febbre durante il successivo stadio del calore contribuì certamente anche la congestione relativa di tutto l'organismo, prodotta in parte dal movimento più accelerato del sangue; in parte dall'aumento del volume del medesimo, aumento, che in causa dei gaz liberi che esso contiene, dee subire a preferenza degli altri tessuti.

Io ho stimato prudenza di non ricorrere in quegli estremi ad un vomitivo, perchè avevo timore grandissimo che dovesse nuocere, anzichè giovare. Con quelle qualità che presentava la materia quasi fluente dalla bocca, che era propriamente sangue molto diluito, con la disposizione locale e generale (scorbuto) agli stravasi di sangue, gli sforzi fatti per vomitare avrebbero potuto essere incolpati essi stessi di quello che si trovò in seguito nella necroscopia. D'altra parte l'indicazione di un emetico non v'era perchè le materie venivano anco troppo facilmente espettorate, e più urgente sarebbe stato d'impedire che si raccogliessero in tanta quantità. Fu per questo che mi limitai alle prescrizioni, le quali miravano a sostenere le forze nerveo-muscolari languenti del malato, affinchè potesse passare attraverso la febbre, oltre cui il pericolo era per il momento allontanato, e guadagnato tempo per apprestare poi i mezzi che avessero impedito la ricomparsa della febbre medesima.

Digitized by Google

Sopra un caso di perdita parziale del linguaggio

SAGGIO CLINICO

DEL

Prof. CESARE FEDERICI.

Sul farmi a render conto di un malato che mi offrì un disordine speciale di linguaggio, sento il desiderio di palesare le cagioni che mi v'inducono. Io bramo d'aggiungere un fatto ai molti che possiede la scienza medica, pel quale si veda manifestamente che le più gravi questioni filosofiche non possono essere discompagnate dallo studio fisico dell'uomo; e bramo di mostrare come il fatto da me notato particolareggi assai bene l'argomento della perdita della loquela, e forse ne avvantaggi la conoscenza del processo morboso.

Incomincierò dal narrare le condizioni antecedenti di vita del malato, e i segni che raccolsi della sua infermità.

Francesco Pucci ricoverava nella Clinica il dì 1.° di Aprile dell'anno presente. La sua moglie diceva di non saper nulla della fine dei genitori del nostro malato: soggiungeva che i figliuoli e il fratello erano in buon essere di salute, e che egli medesimo soleva menar vanto in famiglia d'esser giunto alla tarda età di sessantanove anni, non ostante le fatiche continue che, come giornaliero, aveva dovuto sopportare, i verni asprissimi passati in cattivo arnese di panni e in abitazioni insalubri, senza aver mai sofferto di alcuna indisposizione. Raccontavano alcuni che il Pucci si abbandonava spesso ad eccessi nel bere il vino e liquori. Queste sole notizie potei certificare della sua vita trascorsa. Io dirò per la conoscenza che portava di quest'uomo da molti anni prima che ammalasse, ch'egli era piuttosto irascibile e di poca mente, e che attendeva di preferenza a fare alcuni piccoli servigi di casa. Nel giorno 27 di Marzo verso le cinque pomeridiane mentre giuocava alle carte in una bottega di caffè, cadde improvvisamente in terra con perdita compiuta dei sensi. Non si potè attribuire questo avvenimento ad alcuna cagione manifesta e straordinaria. Durante il giorno il Pucci non si lamentò di alcun incomodo, non aveva disordinato nel bere, non si trovava in condizioni diverse da quelle in mezzo alle quali forse mille volte si era trovato. Raccolto e trasportato in casa sua, gli si praticò subito un salasso, e in sul fatto si ridestò come da un sonno profondo, mezzo sbalordito e smemorato. Si avvidero i suoi che aveva la bocca torta e stravolta verso sinistra, che non poteva muovere il braccio e la gamba destra, e che pronunziava con labbra tremule parole intercise e poco ordinate. Nella notte gli fu replicato il salasso che valse come a disciogliere i movimenti delle membra paralizzate, e nel giorno appresso gli fu somministrato un purgativo. Seguitò per tutto il tempo che restò in casa a profferire parole sconnesse o appena intelligibili, onde i suoi parenti pensarono per questo disordine della favella di condurlo all'Ospedale. Nella visita del primo di Aprile presentai questo malato ai miei scolari.

Ha la faccia pallida e tranquilla, i moti composti e regolari, la pupilla mediocremente dilatata e immobile a luce di giorno e di candela: dimostra perfetta integrità dei sensi e conoscenza poco o nulla alterata. Alle prime interrogazioni, risponde - «stò bene, non mi sento niente» - e queste parole pronunzia con discreta facilità e l'accompagna d'un riso. Mentre facciamo insistenza nelle ricerche, s'impazientisce, e atteggia la fisonomia al sospetto e al mal umore; corrisponde mal volontieri alle dimande di sporgere la lingua e imprimere dei movimenti alla faccia, e finalmente lo fa, scrollando il capo, mormorando o gridando voci confuse. Già dalle prime risposte io mi era accorto che il malato talvolta giungeva a significare il suo pensiero, tal'altra no; che per solito il principio del suo discorso riusciva chiaro e naturale, quindi il seguito n'era sconnesso: ed infine se si faceva segni di comprendere quel che voleva dire, si eccitava, rideva, continuava a parlare col massimo disordine, e dava in istravaganze. Allora mi proposi di esaminare per prima cosa questa alterazione di linguaggio che mi pareva la più degna di attenzione; e per rilevarne i difetti volli obbligare l'infermo con la natura delle domande a fare risposte brevi e precise. Bastava interrogarlo, quale fosse il suo nome, quello della moglie, del figliuolo, come si chiamassero certi oggetti che gli si presentavano dinanzi, per accorgersi ch'egli a tutti i nomi propri e comuni sostituiva le parole - *coso*, *mettilo*, *mio*, *tuo*, *sopra*, *sotto;* - nè giovava fargli sentire scolpitamente il suono di quel sostantivo, che, invitato a ripeterlo, replicava sempre una o l'altra delle predette parole, esprimendo col tenore della voce e l'atto della persona ch'egli era convinto di replicare il nome proposto. - «Come ti chiami? *coso:* e tuo figlio? *mio* - è venuto mai a trovarti tuo figlio? *sì*, *ieri:* - (ed era la verità). Hai mangiato? *sì;* ti ha gustato? *sì*, *mi ha gustato molto;* ti hanno dato il vino? *non mi hanno dato niente;* capisci che cosa è il vino? rispondeva con un riso di compiacenza. Allora gli mostrai del vino e dell'aceto, gli feci assaggiare l'uno e l'altro, e gli dissi - che cos'è questo? *mio* - e quest'altro? *coso;* dì vino, e rispondeva, *coso* - se tu arrivi a dir vino, te ne farò bevere; e sempre replicava, *coso*, e con tanta sicurtà e compiacenza da mostrare ch'egli era certo di aver vinto la prova. In breve io dirò che da lunghe e pazienti indagini io mi resi certo ch'egli aveva perduto solo la facoltà di profferire i sostantivi, e che speditamente pro-

Digitized by Google

nunziava verbi, aggettivi, pronomi: tanto che se solo di questi doveva far uso nel replicare, la sua risposta riusciva chiara e naturale, che se inciampava in un nome, cominciava subito a nascere l'imbroglio e la confusione. Volli che recitasse l'*Ave Maria*, per vedere se fosse riuscito a pronunziare qualche nome, senza prestare che poca o nessuna attenzione a quel che diceva. Ma non fu possibile: egli recitò con quel tuono che si suol dir la preghiera un'intreccio di - *coso*, *mio*, *tuo*, *sopra*, *mettilo* - con quella convinzione di dir bene quale mi pareva che trasparisse in ogni altra sua parola. Poco ci voleva ad accorgersi che la mente non aveva gran cosa sofferto. Lo feci conversare col figliuolo, una volta in mia presenza, un'altra d'un mio studente, e sempre riuscii a persuadermi che, sostituendo a discrezione i sostantivi, il linguaggio procedeva ottimamente, e nove volte su dieci si faceva intendere senza alcuno schiarimento dal figliuolo medesimo. Se gli si domandava un'oggetto per il proprio nome, egli ve lo porgeva prontamente, se la sua mano destra o sinistra, non esitava un momento a presentarla.

Io dirò in seguito, dopo avere esposto i risultamenti dell'esame fisico, come sieno passate le cose fino al giorno d'oggi.

Il malato è di statura alta, curvo della persona, strabone dell'occhio sinistro dalla nascita. I movimenti della faccia nell'atto del parlare, del zuffolare, del soffiare, del chiudere gli occhi, nel corrugare la fronte, mostrare i denti, sollevare le pinne nasali, sono perfettamente uniformi. Sporge la lingua diritta e la piega da tutti i lati senza alcuna difficoltà o irregolarità; non ha dolore di capo nè senso di vertigine. La sensibilità dolorifica nella parte destra del corpo è notabilmente diminuita, e in certi punti, come nella porzione dorsale del braccio, nell'avambraccio, nella coscia e particolarmente nella gamba, è così inflevolita che occorre infossare uno spillo per un millimetro prima che ne sia avvertita la puntura. La sensibilità di contatto e di temperatura è ugualmente e nelle istesse parti menomata. Tutti i movimenti di flessione, di estensione, di rotazione, tanto del braccio destro che della gamba del medesimo lato sono pronti e completi; lo sforzo muscolare per istringere la mano e calcare il piede, si può conoscere appena un poco indebolito; l'incesso è naturale, non titubante nè stentato od incerto. I vasi arteriosi del collo pulsano con moderata validità, i venosi si manifestano e s'inturgidiscono solo nell'atto del parlare. Le arterie temporali e le radiali rimangono flessuose e rigide. L'area del cuore presenta i diametri seguenti: diametro del fascio vascolare centim. 10; diametro della base centim. 11 ½; diametro longitudinale 18 ½; diametro trasverso centim. 15. La punta del cuore batte un pollice al disotto della mammella: non si ode rumore di soffio in alcuno dei quattro punti principali di origine dei suoni cardiaci. Nel polmone e nei visceri addominali non iscopersi alcun guasto. L'ammalato mangia con appetito, orina regolarmente, ha l'alvo disciolto. Puls. 51, irregolari e vibrate; respir. 14; temp. 37°. Si prescrisse un vescicatorio alla nuca, un bagno senapato ai piedi e i bagnoli freddi alla fronte.

Il giorno 3 Aprile presentava il medesimo disordine di linguaggio; la sensibilità era divenuta quasi normale; continuava l'istesso numero e l'istess'ordine di pulsazioni e di respirazioni. Ha dormito tranquillo i suoi sonni ed esprime continuamente il desiderio di uscire dall'ospedale perchè si sente bene.

Nel giorno 4 allo studente che il dimandava chi fosse la persona ch'era a piedi del suo letto, quasi di sorpresa rispose, il *figlio mio*. Questa parola non la potè più ripetere, nè potè specificare il nome del figlio. In un discorso che tenne nella sera con alcuni suoi amici e parenti l'udimmo pronunziare - *Signora*, *robba*, *moglie mia*.

Con gli esercizi che si andettero facendo negli altri cinque o sei giorni che rimase allo Spedale aveva ricuperato l'uso di qualche diecina di sostantivi, li proferiva senza pensarvi, e li ripeteva con grandissima difficoltà udendoli pronunciare. Talora vi riusciva sentendoseli sonare all'orecchio con voce scolpita e provandosi a ridirne ciascuno appena l'aveva ascoltato. Col ristabilirsi poi delle forze anche i polsi si fecero più frequenti e regolari, e si ripristinarono perfettamente le funzioni delle membra che avevano sofferta la paralisi. Io lasciai che il malato uscisse dall'ospedale, perchè era impaziente di uscirne; troppo presto per la sua guarigione, ma in via di sensibile miglioramento.

Quasi ogni volta che io lo rivedeva per le vie di Camerino, tentava di conoscere i progressi che faceva nel riacquistare quella parte di linguaggio che aveva smarrito; e posso accertare che sebbene gli tornasse impossibile dire il suo nome e quello di altri, e proferire la massima parte dei nomi comuni, tuttavia ne pronunziava tanti quanti ne potevano far bisogno per le sue necessità, e quello che sentiva di non potere esprimere significava con cenni in modo intelligibilissimo. Sul cadere di Maggio, mentre il caldo incominciava a recare molestia, accorgendomi che la confusione del linguaggio del mio infermo diventava ognidì più notabile, gli consigliai di ritornare all'ospedale per curarsi. Il giorno cinque lo ritrovai nella Clinica, dov'era stato trasportato la sera innanzi. Nella mattina del 4 si era levato di letto con dolor di capo e andava provando frequenti sensazioni di vertigine. S'avvide nello stringere alcuni oggetti che la mano destra aveva perduta la solita gagliardia, e nel camminare che il piede non avvertiva più il suolo su cui posava. Dopo cinque o sei ore gli si oscurò la vista e cadde in terra tremando

Digitized by Google

per tutta la persona. Nel riaversi si notò l'emiplegia come l'altra volta, che non meno sollecitamente nè meno perfettamente fu tolta di mezzo da un salasso. Questa volta non perdè nell'accesso la conoscenza e l'istesso malato ci fornì alla meglio le notizie che riportiamo. Ora il linguaggio del Pucci è il più spesso imbrogliato; si direbbe che la loquela non s'accorda le più volte con l'espressione del volto e dei gesti; sostituisce comunemente le parole che ho più sopra accennato ai sostantivi; e se talora gli va sfuggendo di bocca qualche nome, ciò avviene più facilmente quanto meno vi pensa. L'assoluta mancanza dell'uso dei nomi io la notai solo dal primo giorno che ricoverò in Clinica fino al 4 di Aprile; cioè per lo spazio di tre dì; dal 4 di Aprile la favella del Pucci si andava, per così dire, ricomponendo, finchè la ricaduta non convertì questo parziale disordine in uno sconcerto generale.

In conclusione i segni principali che mi offerse il malato si possono riassumere nelle seguenti forme: *a*) perdita improvvisa dei sensi e della conoscenza e stupore generale delle membra, sopravenuto senza che precedesse sensibile alterazione della salute; *b*) paralisi emiplegica destra di moto e di senso passaggera che seguitò a questo generale abbandono delle funzioni nerveo muscolari; *c*) difetto di loquela manifestato con impossibilità di profferire i sostantivi; *d*) graduale miglioramento dei fenomeni morbosi dopo le sottrazioni sanguigne.

Nel ragionamento diagnostico che io vado ad esporre, riassumerò brevemente quelle considerazioni che feci al letto del malato quel giorno che io parlai sopra questo fatto ai miei scolari. « Se quest'uomo, io dissi loro, dopo la improvvisa perdita dei sensi e del conoscimento, riavendosi, non avesse offerto la paralisi, della quale abbiamo in vista ancora qualche traccia, voi potevate rimanere in dubbio che fosse stato colpito o da una sincope, o da una apoplessia o da un attacco epilettico; e pognamo che per gl'indizi dei polsi, e per il colorito del volto aveste potuto escludere in sul fatto la sincope (sotto la qual forma per altro si possono ancora larvare le apoplessie più gravi) tuttavia vi rimaneva sempre a differenziare una epilessia da un colpo apoplettico. Trousseau stima questa diagnosi difficilissima e ritiene che il più spesso in questi casi ci troviamo in presenza di epilettici piuttosto che di apoplettici (1). Sarebbe fuor di luogo che io adducessi qui le ragioni che non mi fanno accettare per intero la dottrina del clinico francese. Io considero che sia prudente trattare come apoplettico un uomo che a un tratto cade in terra, non offre indizio di convulsioni, non tiene i denti fortemente serrati, senza precedenza di vertigine e senza pallore del volto, con membra rilasciate e in sopore. Ma credo pure che talvolta divenga assai difficile somigliante giudizio. Questo però non fu il caso nostro, dove allo stupore generale subentrò presto l'emiplegia, alla perdita della conoscenza la confusione del linguaggio. Una così fatta disposizione dei sintomi vi toglie ogni dubbiezza intorno la forma morbosa che si andava, per così dire, sviluppando. Una tal forma è quella che ab antico si chiama *apoplessia;* ma il definire da quale specie di alterazione fosse potuta derivare, dev'esser solo conseguenza dell'escludere che io andrò facendo i vari processi patologici che sono abili a cagionarla. Una paralisi presuppone o l'offesa degli elementi nervei conduttori o eccitatori dell'impulso della volontà, o la mancanza d'irrigazione di sangue arterioso in questi medesimi elementi; o un vizio di composizione (discrasia) del sangue, donde irregolarmente si nustriscano e sieno eccitati gli organi del movimento. Queste che io chiamo condizioni patologiche d'ogni ordine di paralisi nervose, voi dovete ricercare quasi sempre nell'encefalo in caso di emiplegia, essendochè l'emiplegia *a sede incerta* quale la *isterica*, le *arsenicali*, o le *saturnine*, debbono esser ritenute come rarissime, e il più delle volte si possono presentire facilmente per altri segni che l'accompagnano. L'emiplegie spinali non meritano di essere ricordate perchè intervengono assai di rado e perchè l'abolizione del senso nell'altra parte del corpo non paralizzata vi gioverà a qualificarle senza alcuna esitazione. Nel caso nostro dove non concorreva a intorbidare il giudizio nè alcun avvelenamento, nè alcun morbo della spina, possiamo esser certi che la condizione patologica risiede nel cervello o nelle membrane che l'involgono o nelle ossa del cranio. Ora fra i molti processi morbosi che sogliono originare le predette condizioni, io farò cenno appena dei neoplasmi e degli ascessi che hanno sviluppo nel cervello o che il comprimono, perch'essi sogliono generare a poco a poco la paralisi, e sogliono essere manifestati da tali segni, o preceduti da così fatte cagioni che nel nostro infermo sarebbe inutile ricercare. Nè si dimostra più verosimile lo stravaso di sangue dalle meningi, il quale, o mantiene lungamente la depressione generale delle forze, della sensibilità, e del sensorio, o procede con sintomi di meningite, ora della base ora della convessità, secondo il luogo nel quale si è effettuata l'emorragia. E anche di questo processo le cagioni per ordinario sono palesi, (traumi del capo, pachimeningite, aneurismi intracranici, diatesi emorragica) ma nessuna ne ritroviamo che abbia credibilmente operato nel nostro infermo, come nessun dei sintomi accennati osserviamo che

(1) Trousseau. Clinique médicale. Tom. deuxiéme, pag. 66 e seg. Paris 1868.

Digitized by Google

giustifichi non che altro il sospetto di questa malattia. Voi vedete dunque che la nostra mente và a restringersi 1) alle varie specie di rammollimento; 2) alle anemie; 3) alle congestioni che possono offendere il cervello o le sue membrane; 4) alle emorragie. Contemplando il rammollimento in sè io guardo all' effetto ultimo di parecchi processi morbosi; ma a me basta per ora lo studiare l' emiplegia come si collega con quest' esito, e poco m' importa se ne potesse essere stata cagione un' embolo, o una trombosi (inopexia di Vogel) delle piccole arterie, una chiusura graduale delle arterie per ateromasia, o come piacque a Laborde di ritenere, la degenerazione granulo-grassosa dei capillari o la rottura di essi entro la guaina dei linfatici scoperta da Robin; e poco ne importa ancora se fosse derivato da un processo inflammatorio, da edema del cervello o da altre cause secondarie. Io dico che il rammollimento qualunque ne fosse stata l' origine si può escludere con sicurtà. E qui voi correte col pensiero a considerare che se così presto migliorò questa paralisi senz' altro soccorso che di due salassi, ciò non poteva intervenire, ove fosse stata mantenuta da un vizio di rammollimento. Ma io accennerò ancora ad altri fatti che inducono nella medesima sentenza. Si disse che l' emiplegia da rammollimento non sopravviene d'un tratto, e molto meno con perdita improvvisa dei sensi e della coscienza che la precorra. Che se questo succede nel corso di una simile alterazione è per conseguenza di emorragie che sorgono da quei vasi a cui vien meno il sostegno di una polpa cerebrale consistente. Non può negarsi che per regola le cose vadano in questo modo; ma non può concedersi ancora che la regola sia costante. Io credo che talora possano trascorrere nascostamente le alterazioni incipienti, e manifestarsi solo quando una causa straordinaria concorra a interrompere il corso di quelle fibre nervee già in parte degenerate. Io n' ebbi un'esempio da non lasciare alcun dubbio su questa possibilità. Accolsi in Clinica una donna inferma per catarro bronchiale. Era giunta alla convalescenza; in una notte emise un grido; l'infermiera la ritrovò in preda a scosse convulsive generali e priva dei sensi; cadde poscia in sopore e nella visita del mattino fu rinvenuta emiplegica. Il sopore continuò finchè la vita si estinse. La necroscopia contro il mio avviso pose in chiaro un rammollimento bianco colà dove io aveva giudicato che si potesse trovare un' emorragia. Però questo criterio se non ci gioverà come assoluto, resterà sempre di molto valore, ed entra anch'esso nel caso nostro ad escludere il rammollimento. Inoltre Recamier e Trousseau pensarono che la forma apoplettica del rammollimento pigliasse qualità speciali. Essi dicono che la paralisi di moto è completa, restando la sensibilità e la intelligenza semplicemente disordinate. Allorchè si combinano questi segni la diagnosi può dirsi certa, poichè un'emorragia che induce una paralisi compiuta di movimento è capace di menomare ancora in proporzione la sensibilità e l'intelligenza (1). Scansando anche qui l'errore di prendere questo segno come assoluto, tornerà molto utile tenerne conto nel calcolo delle probabilità. E voi vedete che il nostro malato se presenta alcuna traccia della paralisi sofferta, questa è nell' indebolimento della sensibilità. I movimenti non furono forse mai aboliti del tutto, ma il certo è che si ripristinarono prima che si potessero rimuovere le altre affezioni. Pertanto la maniera onde il morbo ebbe origine, la forma che assunse, la sua fugacità collimano a dimostrare che non è il rammollimento l' alterazione su cui si fondano i sintomi che abbiamo raccolti. Ma nemmeno si deve ritenere avvenuta una specie o l'altra di anemia. Non possiamo pensare a quella che succede talvolta nel corso di oligoemia generale (2), di perdite abbondanti di sangue, o di altri umori o nella convalescenza di febbri gravi. Queste cause mancano interamente. Nè ci pare verosimile l' ammettere un embolo d' una arteria notabile, come quella della fossa del Silvio, perchè non saprei come se ne fossero potuti dileguare gli effetti così d'improvviso, dove le vie di compenso sono tanto ristrette, e dove così difficilmente interviene che l' embolo si disciolga e lasci libero il canale arterioso. Oltre a ciò peccherei d' arbitrio se volessi derivare quest'embolo dal cuore che non mi fornisce alcun indizio sufficiente di lesione. Se presupponete l' embolismo capillare, come può avvenire per l' ingresso di fine granulazioni nel sangue stante l' ulcera ateromatosa dell' aorta o alcune infermità della parte sinistra del cuore, per esempio gli ascessi, l' endocardite ulcerosa ecc., io vi richiamo al pensiero che ogni volta che si poterono studiare clinicamente questi malati - o presentarono il sopore senza paralisi - o le convulsioni in forma di eclampsia, o perirono nel primo attacco apoplettico. Io non vedo alcuna somiglianza ragionevole tra il nostro infermo e quelli che vi ho ricordati.

Entriamo adesso a discorrere la possibilità delle congestioni e dell' emorragia. Che nel cervello e nelle meningi possa aumentare la quantità assoluta del sangue è argomento oggi messo fuori di dubbio dagli studi di Burrows, Donders e molti altri. Hellie e Abercrombie fondavansi sull' esperimento negli animali, e sulle sezioni per negare la realtà delle iperemie cerebrali specialmente acute, e adducevano in pro-

(1) Trousseau. Op. cit. vol. 2, pag. 63.

(2) Concato descrisse nn caso di emiplegia transitoria da oligoemia. Vedi Bull. di Scienze mediche, Bol. 1863.

Digitized by Google

va che non essendo fattibile alla scatola ossea dilatarsi o al cervello di ridursi, non si trovava il modo onde potesse nascere la congestione. Ma in queste considerazioni ponevasi da banda il fluido encefalo rachidiano il quale può dall'interno del cranio correre entro la cavità spinale e lasciar libero nno spazio sufficiente per ordirsi una gravissima iperemia; e nella cavità della spina guadagnare posto premendo all'esterno quel lasso tessuto connettivo, il quale secondo Richet, munisce nei fori di congiunzione delle vertebre quegli intervalli non occupati dai nervi spinali (1). Ma se la dottrina anatomica dell'iperemia è assicurata per ogni verso, non men certi possiamo ritenere gli ammaestramenti della Clinica intorno le varie sembianze che può pigliare. E quanto alla forma apoplettica, che è il caso nostro, io vi citerò l'autorità di Andral, Hasse, Hardy Behier e Niemeyer per non parlare degli antichi (2). Ora la probabilità che il nostro malato fosse colto da congestione cerebrale discende dall'osservazione che il salasso gli giovò prontamente, e dall'inverisimiglianza che si trattasse di alcuno dei processi che abbiamo sopra menzionati ed esclusi. Ma l'emiplegia che seguì ci condurrebbe a credere a uno stravaso di sangue; il quale io penso che in effetto fosse intervenuto; e se l'attacco apoplettico nella emorragia cerebrale spesso è cagionato da altre condizioni del cervello che non sono quelle proprie della congestione come potremo noi risolverci nel dubbio ad ammettere questa o quella alterazione? E in altri termini si tratta di grave congestione con piccola emorragia, e di grave emorragia con anemia cerebrale? Questo punto diagnostico prima di accingervi al salasso potrete chiarire per molti segni; dal colorito della faccia, dalle qualità dei polsi, dalla risoluzione delle forze, e da altri particolari che per ora lascio indietro; ma dopo aver messo in opera questo spediente di terapia, esso vi sarà principalmente di lume in tale oscurità. Nella prevalente congestione giova ispo facto, nella grave emorragia per solito non migliora le condizioni dell'infermo o appena le avvantaggia. Quindi io posso concludere che il *colpo apoplettico* derivò nel nostro infermo da congestione del cervello, alla quale diagnosi non reca punto pregiudizio l'ammettere per causa diretta della paralisi l'aggiunta di un altro elemento morboso, l'emorragia. Se vogliamo in queste incertezze tenerci stretti alla esperienza clinica e alla anatomia patologica, dobbiamo stimare che sia sopravvenuta un'emorragia dove si renda manifesta la paralisi. I casi di congestione semplice con emiplegia addotti da Andral e da Durand Fardel se anche fossero scevri d'ogni dubbio, sarebbero in così piccol numero rimpetto agli altri molti che provano il contrario, che si può appena tenerne conto nei gindizi di probabilità che il medico deve proferire. Potrà eziandio accadere che nel formarsi d'un'iperemia improvvisa, un'influenza più o meno disordinata dell'innervazione vascolare produca uno squilibrio di circolo e un edema parziale che sia causa d'una paralisi; ma questa origine o non si potrà determinare o si potrà solo pel carattere che presenta lo sconcerto di funzione di essere per eccellenza passaggero. Quando il disordine più o meno mitigato dura per più giorni come nel caso nostro, sarebbe arrischiato e forse irragionevole riferirlo a un elemento morboso tanto mobile, come la iperemia. Io ammetto adunque lo stravaso sanguigno, che non deve aver sede in una parte soltanto dell'encefalo. Dove il moto, il senso e il linguaggio rimangono contemporaneamente turbati, e queste funzioni hanno il loro centro in luoghi diversi, e dove è necessità consentire alla piccolezza dello stravaso, per conciliare deduzioni in apparenza così opposte fra loro, non resta che il supporre la produzione di leggere e disseminate emorragie, che io considero di quella specie che i patologi chiamano *capillari*. Che se voi mi opponete che queste emorragie gli anatomo-patologi videro sempre legate a un rammollimento cerebrale che denominarono *rammolimento rosso*, mentre io ho escluso che nel mio infermo si riscontrasse un simile guasto, io vi risponderò non negando il fatto nè invocando un'eccezione per comodo mio. Io vi spiegherò come accada questo congiungimento, e cosa intendo che sia avvenuto nel caso presente. Se un'embolo o un trombo chiude un arteria, sopraggiunge un accrescimento di sangue nelle arterie vicine, un rinforzo della pressione vascolare che può giungere fino a rompere le pareti dei vasi e a generare emorragie. Il fatto dimostrò ancora che si stabilisce una congestione e piccole emorragie nel dominio dell'arteria medesima chiusa, forse per movimento retrogrado del sangue a cui vien meno l'impulso per procedere avanti. Eccovi emorragie e rammollimento per un istessa cagione che si effettuano contemporaneamente. Se un rammollimento si è già formato, pognamo per un'ateromasia, e i vasi non sono più rinforzati dalla polpa cerebrale, possono nascere emorragie, le quali si aggiungono al rammollimento, e per così dire lo colorano in rosso. Eccovi un'altra sorgente di questa medesima alterazione. Se infine accadde nei capillari un vizio di nutrimento, per esempio, quella dege-

(1) Hasse. — Krank. des Nerven-apparat. Abt. II. § 9. Niemeyer. — Patol. sp. tom. 3, pag. 158 e seg. Milano 1865. Soulier. — Étude sur la congestion cerebrale. Lyon médical 1867, fasc. I.

(2) Andral. Clinic. med. Art. iperemia cerebral. Hasse op. cit. § 27, pag. 368. Hardy et Behier. Patholog. int. tom. 3, pag. 492.

Digitized by Google

razione o dilatazione notata da Laborde, per cui essi diventano con facilità lacerabili, e intervenga una iperemia che ne agevoli la rottura, si stabiliranno emorragie che alterati i rapporti della cellula e della fibra nervea coi vasi sanguigni viziano necessariamente la struttura molecolare di questi organi. Eccovi un rammollimento secondario ad emorragie. In tutti e tre questi casi l' anatomia patologica disvela il medesimo guasto, e presso a poco con le istesse qualità. Ma nella Clinica l'uno dall'altro si differenziano; e nel mio infermo potendo escludere embolismo e trombosi, e la preesistenza d'un distretto di sostanza cerebrale disfatta, non resta che ad appigliarsi all'ultima supposizione. La quale apparirà tanto più credibile, quanto più ripensiamo all' età del malato, e al suo vizio di trasmodare nell'uso dei liquori e del vino, cagioni ambedue palesi di quel tralignare della nutrizione dei tessuti, e specialmente dei vasi, che io faccio come il fondamento delle spiegazioni che vi ho presentate. Ricercando poi la causa che ha potuto promuovere la flussione primordiale, io non so trovarla che in quegli accidenti che concitano un poco l'attività del cuore, e dei quali spessissimo i medici non che il volgo non sanno renderne ragione. Qui si escludono ad evidenza le stasi per vizio cardiaco o polmonare o per compressioni sui canali delle vene o sui seni cerebrali, le dilatazioni neurovascolari attive e passive, immediate o reflesse; io non debbo abusar del tempo per fare oziose eliminazioni.

Ho riserbato a parlare della sede di queste emorragie finchè non fosse venuta l'ora di trattarvi dello stato presente del malato e dell'*afasia* (1) di cui soffre. Questa perdita della favella è stata accompagnata da emiplegia destra come avviene senza comparazione il più spesso; non vi è stata grave offesa del circolo e del respiro; non si sono prodotte convulsioni, non stravolgimento degli occhi, non paralisi incrociata, non titubazione nel camminare; insomma nessun fenomeno che accennasse a partecipazione della midolla allungata, a lesioni di organi collocati nella base del cervello, o infine a un guasto del cervelletto. Dunque l'emorragie devono stanziare o nei grossi gangli cerebrali, talamo ottico e corpo striato, o nel centro ovale del Wieussens che è irradazione dei predetti gangli, e nella sostanza corticale. Io aggiungerò che qualora ho rinvenuto nel cadavere piccole emorragie e qualora la paralisi di moto fosse stata transitoria, la sede dell' alterazione mi è apparsa sempre nel centro ovale; e se ora faccio pro' di questo risultamento dell' esperienza clinica è specialmente perchè lo sconcerto del linguaggio ne adduce a collocare la lesione verso la corteccia del cervello (1).

Nè gia si creda che ogni disordine di loquela io voglia derivare da sconcerti della sostanza corticale; perchè sono in egual modo lontano da questa opinione come da quella di spiritualizzare la memoria e il linguaggio. Il quale potendo venir meno per diverse maniere non è meraviglia che i punti di lesione posti in chiaro dall' anatomia sieno diversi. Può esserne offesa la protuberanza anulare (Cruveilhier), la midolla allungata (Romberg), le olive (Schröder van der Kolk), il cervelletto (Marcet), la terza circonvoluzione cerebrale sinistra (G. Dax e Broca), e la parte anteriore dell' emisfero cerebrale destro; ma non in ciascun caso si abolisce il linguaggio, per così dire, col medesimo meccanismo. Di questo vi renderò ragione più innanzi. Intanto vi ho accennato il perchè nel nostro malato non è ragionevole ammettere l' alterazione in altra parte fuorchè verso la corteccia del cervello.

E se contro questa conclusione si levano coloro i quali asseriscono « che presentando gli afasici paralisi della faccia o d' altre parti, deve ritenersi leso il talamo ottico e il corpo striato, o il mesocefalo (2) » io poco me ne turberò. Sarei imbarazzato a scegliere gli esempi che contraddicono questa sentenza. Basta che vi citi quello che è registrato nello Schmidt's Jahrbücher (3) dove afasia ed emiplegia si palesarono *improvvisamente*, « senza mutamento di struttura nei gangli centrali nè in prossimità di essi; erano prodotte da un rammollimento rosso della sostanza corticale grigia dell' emisfero sinistro. »

L' offesa di questo emisfero negli afasici è notabilmente più frequente di quella del destro. Trousseau rende la proporzione di 125 sopra 10, e Voisin di 140 sopra 6, e non sarebbe difficile raddoppiare questi numeri raccogliendo dai giornali stranieri e nostrali di questi ultimi anni i casi di afasia narrati e commentati. Io non lascerò di rammemorare quei sette che adduce il Prof. Brugnoli, tra i quali uno offrì forse l'esempio di afasia per lesione del lobo anteriore destro (4); e più tardi vi presenterò io stesso un caso di afasia con rammollimento bianco della parte anteriore dell'emisfero destro. Si danno anne-

(1) La perdita del linguaggio che io mi associo con Trousseau a chiamare *afasia*, altri disse afemia, alalia, anaudia. — Vedi la clinica di Trousseau e il Dizionario di Medicina citati.

(1) Intorno ai principali caratteri anatomici e alla sede dell'emorragie capillari si può leggere il § 36 dell' opera di Hasse.

(2) Dictionnaire de médicine et de chirurgie pratiques. Tom. 3. Aphasie.

(3) Bd. 138, n. 2, pag. 162.

(4) Memorie dell'Accademia delle scienze dell' Istituto, anno 1866, fasc. 2, pag. 333.

Digitized by Google

cora esempi di straordinaria alterazione del lobo anteriore sinistro con permanenza della favella. Meyer, in proposito degli ascessi del cervello, considera che in 12 casi di sconcerto della parola, solo 3 volte l'ascesso risiedeva nella parte anteriore; e per contrario la suppurazione aveva talora distrutto interamente l'istesso lobo senza alcuno sconcerto della loquela (1). L'illustre Prof. Concato descrisse la mancanza del lobo anteriore sinistro in individuo che aveva patito di epilessia, senza alcun disordine di favella e Cruveilhier quella di ambidue i lobuli anteriori in un idiota che costretto dalla fame esprimeva nettamente alcune parole (2). Horner e Harlow narrano casi di suppurazione della corteccia del lobo anteriore sinistro con integrità di linguaggio (3). Io voglio concludere da ciò che il nostro malato offrendoci l'alterazione dell'emisfero cerebrale sinistro appartiene al maggior numero degli afasici; ma che tuttavia il dimenticare la parola può essere effetto eziandio di alterazione della parte destra; il che si desume pur anco dal ritrovarsi la distruzione del lobo sinistro senza turbamento del linguaggio. I quali fatti ci allontanano un poco dalla dottrina di Dax e Broca, che mantengono l'organo del linguaggio limitarsi proprio alla terza circonvoluzione cerebrale sinistra, e ci fanno accostare al Bouilland che lo ripone indifferentemente nella parte anteriore degli emisferi cerebrali. Ciò non pertanto che questa funzione si determini in un luogo più e meno altrove e forse più sostanzialmente e più spesso nella parte sinistra che destra, è questione oggimai risoluta dall' esperienza dei fatti. Io imagino che nelle due parti simmetriche del cervello, capaci di essere l'organo della parola, avvenga quello che delle mani in ordine alla scrittura. Tuttedue potrebbero muovere la penna, ma infine l'una soltanto apprende con la ripetizione delle prove quest' ufficio, e si arriva a un punto che perdendo l'uso di quella mano, voi potete far conto di aver perduto l'uso della scrittura. Noi dobbiamo credere che nel nostro infermo quest' organo ministro del linguaggio avesse la sua sede principale o il suo centro di attività dove la scienza patologica l'ha discoperto più di frequente. È naturale l'ammettere ancora che in quest' organo si possano distinguere alcune parti elementari che hanno un ufficio speciale, imperciocchè potendo patire inegualmente per un processo morboso, il linguaggio si altera e si annulla solo in modo parziale. Io sono certo per ripetuti esperimenti che il mio malato non sa pronunziare i sostantivi, come Winslow s'abbattè in uno che *aveva dimenticato i pronomi e i tempi dei verbi*. Trousseau riferisce il caso di un Professore che improvvisamente perdè la facoltà di rammentare i sostantivi, ma non perdè la facoltà di ripeterli avendoli uditi proferire. — Bouillaud dice essere avvenuto il medesimo al Prof. Braussonnet, che probabilmente è l'istesso esempio citato dal clinico francese, e narra i particolari d'un fatto simile « La parola il più spesso è nettissima e bene articolala; talvolta s'arresta nella frase per *dimenticanza* della voce che rappresenta *un nome*, *una data*. Gli si mostra un cucchiaio, e sebbene ne conosca l'uso non sa pronunciarne il nome. — *È quello con cui si mangia* (egli dice) e non può scrivere la parola cucchiaio. Ma appena pronunciata, la ripete distintamente e la scrive (1) ». Voi vedete che i casi addotti differiscono dal mio notabilmente; questo malato non può in alcuna maniera ripetere i sostantivi che gli facciamo sonare all' orecchio. Ciò vuol significare, se non erro, che l'alterazione è più profonda; le cellule cerebrali hanno più intimamente sofferto. Ma lasciando indietro questa differenza di grado, tutti gli esempi riportati dimostrano che la favella si può disordinare in alcuna sua parte, rimanendo perfettamente libera in altre, il che ci mena alla deduzione che l'organo ministro della loquela in simiglianti casi deve essere sconcertato solamente in quei punti con i quali corrisponde a quella determinata funzione. E s'egli è vero, che il primo atto del parlare è ricordare la voce che esprime l'idea, e quindi che per discorrere abbisogna una particolare memoria, chi non vorrà concedere a questa facoltà organi nel cervello distinti e molteplici, quando tutto il dì abbiamo il testimonio di persone che non ricordano che a stento le date, le fisonomie, i nomi propri, l'ordine d'una città, d'un disegno, di un'architettura ecc. mentre ogni altra cosa si squaderna loro nella mente con la maggior felicità del mondo? Plinio disse della memoria « nec aliud est aeque fragile in homine, morborum et casus iniurias atque etiam metum sentiens, alias particulatim, alias universa. Ictus lapide oblitus est literas tantum. Ex praealto tecto lapsus matris et affinium cepit oblivionem; alius egrotus, servorum etiam, sui vero nominis Messala Corvinus orator » (2) Studiate quest'argomento senza pregiudizi, e giungerete alle medesime conclusioni, alle quali sono io pervenuto.

L'alterazioni che io ho ammessa nel mio infermo, l'emorragie capillari, spiega mirabilmente l'influenza circoscritta che ha potuto esercitare sull'organo del linguaggio. Volendone una riprova, considerate quale altra delle offese del cervello che l'esperienza clinica ha mostrato collegarsi con l'a-

(1) Schmidt's ecc. l. c. pag. 161.

(2) Rivista clinica, 1866, pag. 270 e seg. Cruveilchier. Anatom. pathol. maladies du cerveau.

(3) Schmidt's ecc. Bd. 142, n. 4, pag. 142.

(1) Dictionnaire de Jaccoud, vol. e art. citati.

(2) Historia naturalis. Lib. VII. cap. XXIV. e per altri fatti, vedi Gioia Ideologia. Parte. 8.ª, cap. 1.°

Digitized by Google

fasia, si potesse meglio adattare. — Colloco in prima riga i traumi del capo con frattura o senza frattura delle ossa. Boyer, Sedillot, Blandin, Brugnoli ricordano fatti di simil genere, ed io medesimo potrei citarne due, che osservai mentre non era ancor medico, e che mi stanno tuttora dinanzi alla mente. Quindi vanno menzionati il rammollimento di uno dei lobi anteriori cerebrali, o di ambedue, come ne fanno fede Lallemand, Rostan, Broca, Trousseau e molti altri. Poscia i tumori delle membrane che rivestono il cervello o che nascono nel cervello medesimo e comprimono o distruggono il lobo anteriore, tumori della dura madre, (Lallemand) della fossa sfenoidale sinistra, (Gueniot) tumori sifilitici, (Trousseau) idatigeni, (Martin Solon) e d'altra natura. Infine l'embolo dell'arteria del Silvio e l'emorragia. E tutte queste cagioni, se togliete l'ultima, si escludono ad evidenza per le cose che abbiamo dette. Non parlo dell'afasia nervosa che può generarsi da commozioni dell'animo, che può accompagnare la nevrosi epilettica, o la convalescenza di lunghe malattie, come fu quella che afflisse Lordat, o l'afasia che seguita a lunghi studi e a forte applicazione della mente. Chi non s'accorge leggendo la storia del mio malato che nessuna di queste cagioni speciali concorsero in esso? E così non trovo che meglio s'acconci al caso nostro l'afasia, che tien dietro all'intossicamento di piombo, alla discrasia alcoolica o sifilitica con alterazione manifesta od occulta del cervello. Rimanendo pertanto l'emorragia e l'embolo come più probabili, noterò che contro quest'ultimo milita il fatto dell'afasia parziale, attesochè si veda costantemente, per quel che io so, seguitare alla chiusura d'una notabile diramazione arteriosa la perdita compiuta della parola. Io credo pertanto che la diagnosi che ho fatto acquisti, studiandola per ogni lato, quel grado di probabilità maggiore che si può toccare nella scienza nostra, dove il giudizio è sempre difficile ragionando sopra cause incredibilmente composte.

Ora continuerò a rendervi conto del modo onde può avvenire la perdita della parola, e dello stato dell'intelligenza allorchè manca il linguaggio, questo soccorso della mente, per il quale noi fummo stimate le prime creature viventi.

Non può mettersi in dubbio che talvolta si perda l'uso del linguaggio perchè non viene fatto di articolare la voce; e questo intervenga stante la paralisi della lingua, delle gote, e delle labbra; insomma di quegli organi che sono addetti a formare la parola. Guardate un'apoplettico con alterazione dei moti della lingua, o una persona inferma di paralisi labio-glosso-faringea. Vi accorgete immantinente dagli atti con i quali questi miseri accompagnano il suono della voce e dalle cadenze che le imprimono, che la parola esce imperfetta non già perchè il cervello non la somministri, ma perchè gli organi impediti non la possono scolpire. Quest'afasia (io non sò se le si convenga un tal nome) può aver la causa in un vizio delle estremità del nervo ipoglosso in un vizio di qualche parte del suo decorso. Tale specie di perdita della loquela non entra nel mio argomento, e quando avvenga è facile ritrovarne la natura col semplice studio della funzione degli organi che ho menzionati.

Ma questi movimenti che debbono riuscire all'articolazione della voce conviene che siano armonizzati allo scopo a cui natura li dispose. L'impulso della volontà li promuove, ma l'accordo con il quale si ordinano a nostra insaputa fa presupporre un centro dove l'eccitazione si traduca in una forma complessa e regolare di movimenti. Questa associazione non è meno necessaria pel linguaggio che nol sia per le funzioni diverse e composte delle membra superiori ed inferiori; per l'armonia delle quali i fisiologi e gli anatomici hanno già riconosciuto la ragione sufficiente nella disposizione e nell'intrecciamento delle cellule che si trovano alla parte più grossa della midolla dorsale e lombare. Se un moto del braccio o della gamba dalla volontà piglia incitamento, forza e determinazione, dalla midolla spinale desume l'armonia e la regolarità degli atti elementari di cui quel moto si compone. La diversità di questi due centri, l'uno dei quali serve come organo del volere, l'altro come armonizzatore, vi apparirà manifesta in quegli animali a cui furono tolti, per via di esperimento, gli emisferi cerebrali. Essi perdono la volontà e rimangono costantemente fermi nell'atteggiamento in cui furono posti; ma se vengono eccitati a muoversi procedono con ogni regolarità, e continuano a farlo finchè un ostacolo non li arresti. Quest'organo armonizzatore del linguaggio (1) Schröder van der Kolk ripose

(1) Nel rivedere le bozze di stampa leggo nella Wiener Medizinische Presse 12 Settembre 1869, un caso, dove apparisce manifesto che la perdita della parola proveniva dallo sconcerto dell'organo armonizzante l'articolazione del linguaggio. Eccone un sunto. Un giovanetto di 12 anni, percosso e ferito nel capo, giacque per sei giorni privo di sensi; nel settimo incominciò a riconoscere i circostanti, e a significare chiaramente con segni come venne offeso e a esprimere nell'istesso modo i suoi desideri, senza poter parlare o scrivere spontaneamente, nè ripetere le parole ascoltate. Sentendo pronunciare una fila di nomi propri, accennava col capo quando gli occorreva di udire il suo. Nel provarsi a scriverlo, accanto a un *I* poneva un *s* (Isidoro) quindi faceva seguire una serie di *i*, dimostrando per altro che conosceva di non scriver bene. Dopo qualche tempo gli fu possibile proferire *Isidor*, *zwei* e poco appresso di parlare e scrivere con questa differenza, che esprimeva e scriveva correttamente le parole che incominciavano con vocale, e tralasciava nelle altre la consonante iniziale; diceva - Ich ar

Digitized by Google

ragionevolmente nei corpi olivari e in parte distinta da quella onde si effettuano *i movimenti della deglutizione* perchè « si danno casi come quelli descritti da Ollivier, in cui la deglutizione è impedita per malattia del centro senza che la parola abbia punto sofferto; e casi in cui rimane inalterata la deglutizione, mentre la parola non si può articolare (1). » Possono accadere pertanto alcune afasie per infermità di questo centro, o per interruzione di quelle fibre le quali conducono a questo centro gli eccitamenti della volontà. E con questo potete rendervi ragione delle alterazioni talvolta riscontrate, come diceva, nella midolla allungata, tal' altra nel ponte di Varolio e nel cervelletto ecc. (2).

Infine noterò due altre condizioni materiali come necessarie a produrre la parola; l'integrità dell' organo donde parte l'impulso della volontà, e di quello dove l'idea veste la forma sensibile e viene quasi a tramutarsi nel simbolo del linguaggio. Questo è un' atto di memoria; parlare mentalmente non è altro che ricordare la parola che corrisponde all'idea, quella parola a cui fu imposto il significato secondo l'arbitrio perchè

Opera naturale è ch'uom favella
Ma così o così natura lascia
Poi fare a voi secondo che vi abbella.

Ora io penso che nelle medesime cellule cerebrali che sono quelle che risiedono nella sostanza corticale grigia dei lobi anteriori abbia effetto l'una e l'altra funzione, e che possa perdersi la prima e mantenersi la seconda o perdersi tuttedue conformemente al grado di alterazione che sconcerta quest' organo. Per dimostrare in qualche modo il mio assunto io mi fermerò nella considerazione di un fatto di clinica, e d'uno di anatomia patologica. Si trovano degli afasici che intendono il significato d'un vocabolo, e si trovano di quelli che manifestamente non l'intendono. Se la reminescenza della parola fosse sempre tolta di mezzo, sarebbe impossibile in uguale maniera pronunciarla e conoscerne il valore, ma se allora facciamo dipendere l' afasia dalla abolizione dell' impulso volitivo all' organo armonizzatore del linguaggio, e ammettiamo che in questi casi si mantenga una ricordanza, comechè difficile, della parola, ci riescirà agevole interpretare il fenomeno. Ma l' anatomia patologica tanto nei casi di una specie che nell' altra ci disvelò sempre l' alterazione della medesima parte di cervello. E per intendere come di un organo possano esser proprie più funzioni toglietene l'esempio per non uscire dal sistema nervoso dalla sostanza grigia spinale, che serve a trasmettere le impressioni sensibili e motorie, e a formare i movimenti reflessi. Dal meccanismo dei quali tolse Griessinger, una felice similitudine, per ispiegare la mancanza di linguaggio in alcune pazzie, mancanza che noi consideriamo per difetto dell' impulso volitivo. « Vi sono alcuni pazzi muti, egli dice, perchè le idee si arrestano in loro repentinamente, o perchè passando nel loro cervello una moltitudine d' idee non si risvegliano punto *azioni reflesse nell'apparecchio della parola* (1). » Vi dirò ancora che non è facile abbattersi in malati, nei quali sebbene sia principalmente tolta di mezzo la loquela pel difetto predetto d'impulso volitivo, tuttavia non si aggiunga una partecipazione di *amnesia verbale;* il che conforta ad evidenza l'ipotesi che l'una e l'altra funzione sia riposta nel medesimo organo. E questa amnesia, dove anche nel disordine del linguaggio tenga il campo, passa per gradazione dalla memoria delle parole semplicemente stentata, alla dimenticanza assoluta. Non deve quindi dedursene la necessità di ammettere per fondamento materiale di queste forme morbose un'altrettale gradazione di guasti del cervello? — I quali si possono comprendere anatomicamente entro gli estremi d'un leggero turbamento fisico molecolare, al rammollimento e alla distruzione della polpa cerebrale.

Il malato che noi stiamo esaminando ci offre un'esempio di perdita della loquela parziale, per alterazione di quella parte dell' organo del linguaggio donde pigliano impulso i moti necessari a produrre l'articolazione della parola. Però potete riconoscervi ancora un principio di smemoratezza, poichè se intende il significato dei sostantivi e talora li esprime coi gesti, voi, penetrando ancor più addentro nella natura di questa alterazione, vi accorgerete che smarrisce il significato di questi nomi medesimi sentendo pronunziarne due o tre consecutivamente. Voi dovete collocare dunque quest' afasia in una classe di mezzo a quelle due ultimamente descritte. Ora vi addurrò casi che io stesso ho notati, e dai quali potrete argomentare quel che vi diceva poc' anzi che anche la perdita del linguaggio per dismnesia ha una certa gradazione. La prima di queste osservazioni è legata nella mia mente, con la ri-

---

icht ort - invece di - Ich war nicht dort - Conchiude l'autore che probabilmente era intervenuto uno stravaso in quella parte del cervello dove l' esperienza in Patologia ha mostrato prendere origine la coordinazione dei movimenti necessari a formare la parola.

(1) Bau und Functionen der Medulla spinalis und oblungata etc., pag. 176, 1859.

(2) Per molte altre particolarità intorno questa materia dell'associazione dei movimenti volontari e riflessi si può consultare l'opera eccellente di Jaccoud — Études.... sur les paraplegies et l'ataxie du mouvement. Paris 1864, pag. 589 e seg.; pag. 94-99 e pag. 112 e seg.

(1) Griessinger. Traité des maladies mentales. Traduction française. Paris 1865, pag. 79.

Digitized by Google

cordanza d'una sventura di famiglia. — Mio padre, che fu medico d'acuto ingegno e di molto valore pratico, soffriva da molti anni di catarro cronico di vescica; nel 1864 dopo essersi ricoperto per tutta la persona da macchie di porpora, cominciò a venirgli meno la forza nel braccio e nella gamba destra; a capo di due o tre giorni l'emiplegia, per dir così, si fece compiuta. — La lingua non deviava che di poco nell'atto di sporgerla. In breve tempo il suo linguaggio diventò confuso, non articolava che poche parole; infine si può dire che non esprimesse nettamente alcun vocabolo. E perchè si sdegnava non essere inteso scrissi un alfabeto a lettere chiarissime; lo pregai più volte a indicarmi lettera per lettera quella voce che significava l'oggetto del suo volere, e m'accorsi sempre che appena aveva combinato una sillaba, ritornava a indicarmi le medesime lettere come se dovesse rincominciar la parola. Nel riaversi mi domandò da scrivere: egli si era assuefatto a scrivere ancora con la mano sinistra nel tempo che soffrì d'un patereccio profondo nel pollice destro. Le parole erano quale incominciata solamente, e quale mancante d'una o d'altra lettera, sconnesse in modo che appena poteva indovinarsi che aveva intenzione di scrivere a mio fratello lontano da lui. In quei giorni già pronunciava distintamente qualche vocabolo. Finalmente guarì del tutto di questa afasia, e un dì rivedendo quell'alfabeto che io conservava tra le mie carte, e studiandosi di rendermi conto di quello che gli succedeva nella mente in quei giorni di esperimenti dolorosi, mi diceva « nell'atto che io combinava una lettera all'altra, io perdeva la memoria della prima, e ripigliava un altra sillaba o forse la stessa di prima ». Qui l'origine della afasia, da quegli medesimo che la dovette comportare, fu designata per una mancanza di memoria, non assoluta, ma presso a diventarla: appena lo soccorreva ad accozzare una sillaba.

Un altra osservazione che pure mi fu ribadita in mente dal dolore, m'accadde di fare in un amico mio illustre per dottrina profonda, e per nobiltà di animo che non fu mai menomata dalla sventura. I primi indizi del suo male si palesarono nel dettare lezioni, imperciocchè spesso doveva fermarsi per cercare nella memoria il vocabolo acconcio all'idea che voleva esprimere. Talora gli avveniva di surrogarne uno all'altro, e senza avvedersene di continuare il discorso ripetendo più volte l'istesso errore. Infine postosi in letto perchè le forze gli si indebolivano ogni dì più e l'insonnio accresceva la debolezza, andava parlando con molta incoerenza di linguaggio. Io avrei detto che principiasse molti discorsi e non ne continuasse alcuno, perchè la memoria delle parole pronunziate l'abbandonava assai presto. Se dalla prima parola che gli esciva di bocca voi indovinavate il rimanente della proposizione e lo pronunciavate, egli approvava, aspettando la risposta e dissimulando il suo male. In seguito non fu in caso di proferire un vocabolo solo intero, ma ne diceva solamente e ripeteva più e più volte la prima sillaba. Dopo alcuni giorni cadde in sopore, e finì di vivere. Furono trovati: *il lobo anteriore cerebrale destro notabilmente rammollito*, i ventricoli distesi da fluido citrino e rammolliti nelle pareti, ed altri effetti d'un idrocefalo acuto, che qui non è luogo di ricordare.

La terza osservazione che io posso addurvi è quella che io feci in un giovane non ancora trentenne visitato da me una sola volta, e tenuto in cura dall'egregio Dott. Bonfigli. Nel corso d'una malattia di cuore fu soprafatto improvvisamente da emiplegia destra accompagnata da perdita della coscienza. Quand'io lo vidi dopo alcuni giorni dall'avvenimento dell'apoplessia, la paralisi di moto e di senso era perfetta; l'attenzione dell'infermo era desta come si mostrava dall'atteggiamento della faccia. Non proferiva volontariamente nessuna parola, e di nessuna intendeva il significato per quel che ne appariva. Solo in atto di lamento e inavvedutamente diceva con chiarezza « oh Dio » Ma questa medesima espressione non poteva pronunciare, dove egli l'avesse deliberatamente voluto fare. Si trattava d'un embolismo dell'arteria della fossa del Silvio, tanto più chiaro in quel caso in quanto che vi era ripetizione di processo nella tibiale anteriore con gli effetti manifesti di raffreddamento, insensibilità, e principio di cangrena nelle parti sottoposte.

Io vado a toccare finalmente la questione: qual disordine debba seguitare nella conoscenza per la perdita della loquela. Il linguaggio è un sistema di segni, dicono i filosofi, atto a rappresentare le nostre idee; e considerandolo così all'ingrosso si dovrebbe conchiudere che l'idea e la parola sono sempre due cose distinte; che l'una si giova dell'altra solo per estrinsecarsi e che tutte le parole hanno verso le idee il medesimo valore. Ma la cosa è in altro modo che non si creda a prima giunta se voi la guardate un poco più intimamente. Noi abbiamo alcune idee che corrispondono ad oggetti reali, e questi oggetti l'immaginazione o la rimembranza li figura come il senso li ha ricevuti. Tali idee hanno il loro segno, che non solo serve a rappresentarle, ma serve ancora a fissarle e a stabilire nel nostro intelletto nuove corrispondenze e nuovi elementi onde poterle più facilmente rammemorare, distinguere, ordinare e andate discorrendo. Ma fate di dimenticare questo segno, e pognamo siccome è in verità, che la memoria dei segni non risieda nel medesimo luogo di quella delle sensazioni e dell'idee, voi potrete riprodurre quest'idea, e ricordare insieme all'immagine il piacere o il dolore che l'oggetto rappresentato può recare e molte altre cose che per avventura vi si associano. Questa specie d'idee o di cono-

Digitized by Google

scenze pertanto non viene tolta dalla dimenticanza della favella, ma viene solo menomata di quei vantaggi che ad ampliare il nostro intelletto le conferisce il linguaggio, come strumento di analisi il più efficace. Però le idee non sono solo di quest'ordine; vi sono quelle astratte, universali che non hanno altro di reale che la denominazione. Nella mente nostra vi rimangono come espressioni, senza nulla di oggettivo; sono idee che se non fossero incorporate nella parola, l'intelletto non potrebbe riceverle, non comparare, non ragionarvi. Quando esse hanno perduta l'espressione, vanno in fumo, e la nostra conoscenza ne rimane di tanto scema, di quanto prima n'era avvalorata. In ultimo vi sono l'idee di relazione che la parola conserva e direi quasi colorisce. Non nego che si possano comparare fra loro le sensazioni senza aiuto di linguaggio, ma la comparazione non vale che in sul fatto, se i risultamenti che se ne ricavano non vengono idoleggiati dalla parola. Ora deducendo da questi principi la soluzione della richiesta che mi sono fatta, risponderò; solamente gli afasici per amnesia perdendo l'uso delle idee generali, non fissando più i rapporti delle sensazioni e delle imagini che alle sensazioni corrispondono, soggiacciono a inestimabile rovina dell'intelletto. È chiaro che se la memoria non è smarrita del tutto, in proporzione che ne rimane, sopravviverà il lume della conoscenza. Più la dimenticanza sarà profonda e più difficile riescirà intendere il significato delle parole che vengono pronunciate o lette. Quei miseri ritorneranno a leggere dove hanno principiato, e a rifare il cammino segnato tanto più presto, quanto più sollecitamente si dilegueranno dall'intelletto loro le parole che hanno trascorse. Questi esempi sono mirabilmente descritti dal Professor Trousseau (1). In ogni altra specie di afasia l'intelligenza non resta sensibilmente offesa. Rimane la parola mentale, e con l'aiuto di essa si può prestare attenzione, riflettere, ragionare, comparare, astrarre, insomma esercitare le prime funzioni dell'intendimento umano.

Voi vedete pertanto che tra Lordat il quale proclama l'indipendenza assoluta del pensiero dalla parola e il Trousseau il quale dice di assentire alla dottrina di Condillac e di Warbuston che ritengono « *le parole necessarie e indispensabili al pensiero* » vi è una via di mezzo che è quella per cui io mi sono messo; e così tra coloro che pensano che ogni afasia menomi l'intelligenza e quelli che mantengono che la si conservi sempre intatta, vi è pure un sentiero mezzano. L'uno e l'altro vi si aprono dinanzi agli occhi ripensando al valore che hanno le parole verso le idee, e ai diversi modi onde si può perdere la favella. Il Lordat quando narra dell'afasia in cui egli medesimo cadde, forse non s'inganna nel dire « che assuefatto da tanti anni all'insegnamento si rallegrava di poter disporre nella sua testa le proposizioni principali d'un discorso, e di non provare difficoltà a variare a suo piacere l'ordine delle idee » ma s'inganna di certo quando assicura di aver fatto tutto ciò « senza avere alcuna parola per significare le idee, e senza pensare punto nè poco a questa espressione. » Le cagioni di tale errore possono essere state facili e molte.

Se non isbaglio io vi ho mostrato:

1) che nel nostro infermo il colpo apoplettico e la paralisi dipendevano da congestione cerebrale e da emorragie capillari consecutive;

2) che l'afasia parziale confermava questo giudizio;

3) che l'afasia è il più spesso conseguenza della lesione dei lobi anteriori cerebrali, e più del sinistro che del destro; e allora consiste o in un difetto dell'impulso volitivo o in una dismnesia, che hanno il fondamento anatomico nelle stesse cellule cerebrali;

4) che tuttavia si possono dare afasie per alterazione dell'organo armonizzatore della parola e dell'apparecchio di articolazione del linguaggio;

5) che l'alterazione parziale del linguaggio persuade ad ammettere una distinzione di centri secondari di attività di quest'organo;

6) che ricercando la relazione tra le idee e le parole e studiando sulla natura delle varie specie di afasia, si deve concludere che l'intelletto deteriori nell'afasia per amnesia, e rimanga pressochè intatto in ogni altra specie di perdita del linguaggio.

Rispetto al giudizio prognostico l'infermo non presentava alcun pericolo di vita; ma era facile stabilire che dopo un breve periodo di miglioramento, il linguaggie sarebbe tornato a confondersi e peggio di prima, poichè queste emorragie procedono frequentemente da vizio di nutrizione dei piccoli vasi, da cui s'ingenera a grado a grado il rammollirsi del cervello; e questo evento viene affrettato ed agevolato dal ripetersi delle emorragie ».

Tale è la storia del fatto e delle considerazioni con le quali mi proposi, come dissi in principio, di far chiaro che lo studio fisico dell'uomo è il fondamento più sicuro per ragionare sui divevsi fenomeni della intelligenza.

(1) Op. cit. vol. 2, pag. 677 e seg.

Digitized by Google

Storie di due casi di epatite primaria suppurativa (ascesso epatico)

PEL

Dott. LUIGI CORAZZA.

I. — Nel primo caso l'ascesso epatico fu vastissimo, e si accompagnò ad una forte diarrea cronica. Ciò fu in un certo S. G., d'anni 46, di professione cocchiere, nato a Minerbio, entrato il 26 Novembre 1867 nell'Ospedale Maggiore nella sezione del Prof. Brugnoli, di cui io sono Assistente.

Aveva costui in sua vita viaggiato assai, e soggiornato in Egitto, in Siria, ed in altre regioni dell'Oriente, d'onde era tornato da non molto. Parecchi anni addietro aveva sofferto di qualche febbriciatola, nei paesi caldi molte volte di febbri intermittenti, ed in Siria, disse, ebbe la febbre gialla. Indi nel 1866, e per buon tratto del 1867, passando in Egitto, stette ammalato per circa 16 mesi, e pressochè sempre obbligato al letto con itterizia e diarrea: la prima l'ebbe in sulle prime, e quando entrò in questo Stabilimento era scomparsa da molto tempo, mentre la seconda era appena diminuita da 4 mesi. I due primi di questi ultimi li scorse in discreto benessere, e colse l'opportunità di redire in patria, quando da due mesi era ricaduto, risuscitatosi il profluvio del ventre, ed obbligatosi decisamente al letto per la forte prostrazione e indebolimento generale, ed ispecie delle gambe. Soffriva eziandio allora di bruciore di stomaco, di rutti acidi, aveva pochissimo appetito, qualche dolore al ventre prima di andare di corpo, 14 o 15 scariche nelle 24 ore, liquide, rossigno-pallide, diss'egli, ma però io non le ho vedute che grigie.

Era di statura alta, dimagrato, colle tracce però della costituzione robusta, con cute sottile, venata, floscia, di colore pallido o bianco-cereo particolare (cute oligoemica), nè subitterico, nè della tinta, diciamo, della cachessia. Al capo poco di notevole; congiuntive non itteriche, mucosa delle labbra pallida, lingua biancastra. La temperatura non elevata, anzi piuttosto abbassata alle estremità; respiro un po' frequente, superficiale, angustiato, inceppato; appena un po' di tosse secca; polso piccolo, non frequente. — L'ipocondrio destro e l'arco delle costole assai sporgente; relativi spazi intercostali dilatati, ed in essi non si avvertiva alcun senso di fluttuazione; la punta del cuore notavasi nel 4.° spazio intercostale un poco all'esterno della linea mammillare sinistra. Colla percussione al torace suono chiaro abbastanza, ma il diaframma a destra pareva elevato assai, cominciando l'ottusità anteriormente in basso alla 3.ª costola, e pareva doversi ciò ascrivere ad ingrandimento del fegato, chè dirò: anche posteriormente il suono era chiaro ovunque, tranne a destra e in basso poco sotto la spina della scapola, ove davasi a sentire una certa ottusità. Toni del cuore deboli, e all'ascoltazione nel resto del torace nulla di speciale, e solo a dritta posteriormente in basso il mormorio respiratorio era indebolito, ed udivasi qualche crepitio. — Il ventre era tumido specialmente alla regione epatica ed epigastrica, e rigonfiantesi assai al lato destro sotto l'arco costale, e al palpamento si notava una resistenza e diminuzione di elasticità in tutto l'arco costale stesso, resistenza pure al disotto del medesimo, e sensazione come d'un corpo solido, che discendeva sotto l'arco, ed occupava tutta la regione epigastrica fin verso l'ombellico, e sporgeva di circa tre dita trasverse dall'arcata delle costole nella linea mammillare, e dal margine si dava facilmente a conoscere appartenere al fegato; tale resistenza si prolungava a sinistra, e si confondeva con un'altra, che sporgeva dall'arco costale di quel lato, di forma ovoide: siffatto corpo prima notato era piuttosto sodo, a superficie liscia, non bernoccoluto, nè scabro, si spostava appena coi moti respiratori, e non dava senso di fluttuazione o di tremolio: il palpeggiamento in quella località riesciva indolente. L'infermo poi si lagnava di molto malessere sotto l'apofisi mucronata specialmente, di peso e d'inceppamento al respiro, più forte se ingeriva alcun che. Sull'area suddetta si aveva perfetta ottusità, che cominciava sopra la papilla mammaria destra, come si è notato, e nella linea ascellare destra al 5.° spazio intercostale, nella sinistra al 6.°

Non se ne poteva dedurre se non che fegato e milza, e più il primo, fossero enormemente ingranditi. Avevansi anco i dati di un certo versamento nel cavo del peritoneo, e non esisteva circolo collaterale. Le urine erano pallide, e non contenevano albumina nè pigmento biliare; aveva emorroidi, ed un certo edema delle estremità inferiori, che poteva essere per inceppamento al circolo della cava per la pressione che esercitasse sì enorme tumore epatico, o per degenerazione del cuore, o meglio dipendente da defibrinazione, cioè fosse un'idrope da idremia indotta e dall'alterato funzionare degli organi ipocondriaci e dalla diarrea. Potevasi escludere un'affezione renale, ed anco per la mancanza di questa probabilmente la degenerazione amiloide della milza e del fegato. L'oppressione del respiro doveva ascriversi alla scarsezza dei globuli del sangue, alla debolezza delle contrazioni del cuore, alla compressione polmonare per l'elevamento del diaframma, e forse ad edema polmonare e versamento nelle pleure per l'idremia.

Fur prescritte in sulle prime pillole di calomelano ed oppio. — La diarrea però proseguì ostinata, l'edema crebbe, e con esso l'anoressia, la dispnea, l'oppressione, l'adinamia, la prostra-

Digitized by Google

zione, l'esaurimento: la morte accadde il 14 del Novembre.

Necroscopia. — Il capo non fu aperto. — Nel pericardio nulla di singolare a notare, tranne una certa copia di sierosità limpida, giallognola-pallida; il cuore si sarebbe detto impiccolito ed atrofico, flaccido, colle pareti sottili, la carne pallida, livida (degenerazione grassosa), e conteneva grumi di sangue squagliato; apparecchi valvolari integri. Polmoni pallidi, edema polmonare diffuso, piccoli focolai di pneumonite caseosa nel polmone sinistro, e specialmente verso l'apice, non tracce o apparenze di tubercoli, un po' di siero citrino nelle pleure. — Aperto il ventre si trovò nel cavo peritoneale una certa copia di liquido limpido, citrino, senza fiocchi o precipitati, e la superficie della sierosa non opacata. Il fegato enormemente ingrandito da sollevare il diaframma alquanto a destra, e da comprimere quindi il pulmone di quel lato, sporgente di circa mezzo palmo dall'arco costale, occupante buona parte dell'epigastrio fino a toccare la milza, ed aderente in certo tratto col suo lobo destro e superficie convessa al diaframma, ma pel lato della faccia concava non ai visceri vicini. La sua grandezza era nella più parte dovuta all'aumento di volume del lobo destro; il diametro longitudinale dell'organo era centim. 37, il trasverso o antero-posteriore 25-26, il verticale o di spessezza al lobo destro 16, al centro del sinistro 7: era come fluttuante, ed inciso ne sgorgò una quantità di marcia di consistenza cremosa, che raccolta era circa 3 *litri*, non verde, ma di colore giallo-grigio o del colore del pus di buona qualità, se non che più denso, ed anzi nel fondo, e attorno alla parete del cavo, addensato come una pappa; non aveva cattivo odore. All'infuori di questa sostanza non si trovò altro, nè membrane gelatinose, o lamelle concentriche, nè vescicoline. Così tutto il lobo destro era convertito in un gran sacco o tasca purulenta, o ascesso di forma irregolare, ma che si accostava alquanto alla sferica od ovoide, col diametro maggiore trasversalmente, lungo centimetri 22, alto 18, e quasi una ciste, ma non demarcata da una membrana particolare, nè da buccia assai dura e fibrosa, o con incrostazioni calcari e decisamente incapsulata, ma con rialzi e depressioni come trabecole, senza grandi brani nuotanti; però la parete era cotennosa e un po' indurata: non era ridotto il viscere alle sole membrane, ma la sostanza epatica superstite del lobo destro, e che faceva parete del sacco era in certi punti grossa centim. 4-5, in altri 1 ½, come compressa, bruna, addensata, e così pure il parenchima del lobo sinistro era più scolorato, di color uniforme, grigio-cioccolatte, non maculato; la superficie anteriore di questo lobo liscia, non granulosa; capsula del Glisson pure liscia, e non intorbidata notevolmente; cistifellea ripiena d'un umore sieroso, giallo-pallido. La marcia dell'ascesso epatico conteneva moltissima albumina, e non lasciò scorgere (all'esame microscopico) nessuna traccia di corone di uncini, come di solito nelle cisti di echinococco. — Milza ingrandita alquanto; il suo diametro longitudinale era centim. 17, il trasverso cent. 10, il verticale o di spessore variava nei diversi punti centrali da 3-6. Reni della grandezza normale, un po' pallidi, ben disegnata la sostanza corticale e midollare, e nelle debite proporzioni, non rammolliti; sì nella sostanza del fegato che della milza o del rene colla debita reazione non si trovò degenerazione amiloide. — Tonache intestinali sottili, come atrofiche; mucosa del tenue pallida, lucida, liscia, umida, in qualche punto mancante d'epitelio, ma non si potea dire vi fosse ulcerazione, nè altra lesione; valvole conniventi piccole; le placche del Peyer poco men che normali, e si sarebbe detto che erano appena disegnate e quindi poco apparenti ed atrofiche; integra la valvola del Bavino; al cieco, e così nella mucosa del colon, nulla di notevole; appendici epiploiche in buona parte in forma di grano od acino appeso ad un peduncolo o colletto più sottile; nel mesenterio nulla di speciale, non glandole ipertrofiche, nè trombosi delle vene.

Le notizie anamnestiche, che ho riferite, si fur quelle che notai il primo giorno che l'infermo entrò nell'Ospedale. Poscia accortomi il caso essere importante, volli raccogliere alcun che di più circostanziato, ma sventuratamente l'infermo era sì presto peggiorato da non potere più rispondere che qualche monosillabo con molta pena, e quindi le note prese riguardo al suo passato riuscirono monche. Nè manco ho potuto valermi di notizie avute da qualcuno di sua famiglia, poichè dessi sono lungi da Bologna, e poi forse nulla di più ne avrei imparato, non essendosi trovati coll'infermo nell'Asia e nell'Africa. Egli è per tale incompletezza, che non si può far giusta idea delle malattie, che ebbe a soffrire in Oriente, e quindi su di quelle non ne è dato costruire che delle congetture. — Anzitutto egli asserì avere sofferta la febbre gialla in Siria, ma su tale asserzione possono cadere dei dubbi, perchè la febbre gialla non regna in quelle regioni, ed è più propria dell'emisfero occidentale, quindi dell'America e delle Indie occidentali, delle coste occidentali africane ancora, ed è dubbio se si dia nelle Indie orientali; quindi potrebbe venire giustamente il pensiero, che egli avesse così appellata una *malattia febbrile con itterizia*, senza che realmente fosse stata la febbre suddetta. Resta poi incerto per l'esposizione, come è fatta, dell'anamnesi, e che io non ho modo di coreggere, se l'affezione, che egli appellò febbre gialla, abbia esistito da sè, staccata, e l'altra con diarrea o dissenteria fosse una seconda malattia, ovvero tale sua febbre gialla non fosse che un tutto continuo con questa, o la prima par-

Digitized by Google

te dell'affezione cominciata con itterizia, al cui primo periodo egli desse il nome anzidetto, e ne facesse come una malattia di soprappiù. Comunque sia, riguardo a tale affezione, che si componeva di febbre, di itterizia, e di diarrea o dissenteria, potrebbe anzitutto cadere in dubbio si fosse trattato di una *febris recurrens*, che regna anche in Egitto, o di una *tifoide biliosa*, che è propria dell'Egitto, Crimea, o paesi littorali d'Oriente, o *tifo itterode* o *bilioso* di Smirne, che forse è la stessa suddetta malattia. Però la prima, oltre l'andamento ad accessi, l'itterizia lieve (eccezionalmente intenso, e s'appella allora ictericfever, o mild-yelow-fever), ed entrambe poi, oltre i fenomeni gravi e tifici, sarebbero decorse colla loro rapidità, nè avrebber lasciate conseguenze nel fegato. Avuto riguardo a ciò che rimase all'infermo, più giusta sovra ogni ipotesi è ritenere si trattasse di un'epatite e di una dissenteria; certo poi della prima. — All'epatite è favorevole la circostanta del luogo, ed ognun sa come nelle regioni tropicali o paesi caldi, nell'Africa, Algeri, Indie orientali, Turchia europea ecc., le affezioni epatiche, la congestione, l'iperemia, e l'epatite soprattutto sia frequente assai, e dia per solito luogo ad ascessi, il che non succede da noi; così è pur favorevole all'opinione suesposta il periodo di febbre, d'acutezza e d'itterizia, ed infine la reliquia, cioè l'ascesso epatico. E perchè alcuno non sospetti si trattasse d'echinococco, che si sa potere di leggeri assumere cotali dimensioni, e svilupparsi di preferenza (come già gli ascessi) nel lobo destro, rammento come non vi fossero le pseudo-membrane tenere, semi-pellucide, di apparenza gelatinosa, fatte di strati concentrici, e con brani di parete di struttura lamellare, nè le vescicoline, nè le corone d'uncini all'esame microscopico, nè l'umore fosse limpido, sieroso ma puriforme, ed invece d'esser povero d'albumina, ne contenesse assai. Ed anche se si volesse opporre, che la cisti di echinococco si può modificare, può suppurare e prendere il contenuto quell'aspetto purulento, ovvero addensarsi, caseificarsi ecc., e le cisti figlie non esister sempre; ma restano però le corone di uncini, i quali resistono alla distruzione. Le maggiori probabilità sono ancora per l'ascesso, giusta l'eziologia.

Le circostanze di luogo sono parimenti favorevoli alla dissenteria, che regna endemica, come l'epatite, e in compagnia di questa nei paesi caldi (Africa, Algeri, Indie, Turchia, Grecia, Principati Danubiani ecc.), e perciò ancora, che l'affezione attacca più gli stranieri, ed Europei, ed arrivati di fresco. Rimanendo poi escluso che l'ascesso epatico fosse primario per traumi, cadute, colpi, percosse, ferite sul fegato, e secondario per calcoli, catarro delle vie biliari, ascaridi nelle vie stesse, cancro al piloro, o per affezione generale o piemia, affezioni del retto e genitali, potrebbe essere stato di origine *metastatica*, secondario o consecutivo alla dissenteria, e ciò in doppio senso: o per diffusione diretta del processo infiammatorio pei dotti biliari al fegato (come vuole Broussais e Andral), o per le vene, come crede Ribes, il che però non è punto provato; ovvero nel senso che fosse metastatico per ingresso nelle vene di detrito staccatosi dalle ulcerazioni del tubo intestinale, e quindi direttamente immesso nel fegato per la porta a farvi embolismo, o per assorbimento di umori putridi; così crede Budd ed altri. Però contro questa opinione starebbe il fatto, che la dissenteria da noi non dà luogo all'epatite sì di frequente e di leggeri, ed anche altri processi ulcerosi dell'intestino decorrono ed uccidono senza quest'evenienza. Ond'è che bisognerebbe credere in quei paesi sì frequente la coincidenza dell'epatite colla dissenteria, o perchè il fegato ha più facilità ad ammalare, o perchè *quella dissenteria* porta più di leggeri alla formazione di ascessi metastatici. Io credo che la frequenza sia anche non tanto perchè sempre vi sia vero embolismo, ma perchè v'entri un veleno speciale (come nella septicemia) o liquido o gasoso. Però non si debbe voler sempre tenere l'una affezione legata all'altra, e primaria la dissenteria. Anzi molte volte l'epatite è indipendente dalle ulcerazioni ed affezione intestinale, e talvolta precede la dissenteria; ed Annesley al contrario degli autori succitati ritiene la dissenteria dipendente dall'epatite, per l'azione della bile alterata nell'intestino, ed anche quest'eziologia può benissimo sussistere. Però è a credere eziandio che spesso l'una affezione non sia conseguenza dell'altra, ma dipendenti entrambe dallo stesso agente o da azioni simultanee, cioè che in que' paesi sianvi cause atte a suscitare ad un tempo ed epatite e dissenteria, miasmi speciali, influenza del clima caldo, di raffreddamenti, come ritiene Morehead. Il certo si è che nei paesi tropicali regnano endemiche la dissenteria e l'epatite, e che si svolgono spesso contemporaneamente. E riguardo a tale unione possono darsi tre casi, come nota Cambay, o la dissenteria è primitiva, e dà origine all'affezione epatica od è susseguita da questa; o preesiste l'epatite, ed indi insorge la dissenteria o come effetto o come complicanza; ovvero insorgono entrambe le affezioni in modo simultaneo, indipendentemente.

Gli ascessi epatici prediligono il lobo destro, ed ecco che appunto ivi abbiamo riscontrata la lesione, che lo occupava tutto quanto, da essere ridotto ad una tasca purulenta costituita però da tessuto epatico, mentre talora è stato in simili circostanze veduto ridursi il fegato alle semplici membrane. È difficile dire se fosse uno solo enormemente ingrandito, ovvero risultato da più fusi in uno; vero è che non vi erano branelli nuo-

Digitized by Google

tanti, da credere che primitivamente vi fossero molte piccole raccolte, ma tali sepimenti potevano bene essere andati col tempo distrutti. Indi è addivenuto cistico, passato allo stato di cronicità, e la marcia addensantasi come pappa per assorbimento della parte liquida. È singolare come l'ascesso non siasi per qualche lato fatto strada all'esterno. Però non è raro tale decorso cronico, nè che possano ascessi epatici incapsulati essere sopportati degli anni, specialmente nelle regioni tropicali, per la descrizione dei medici di là (Macpherson, Johnson, Annesley), e allora si hanno tutti i fenomeni presentati dal nostro infermo, tumefazione del fegato, dolentezza ivi, malessere, debolezza, irritabilità dello stomaco, tosse secca, pelle bianco-sporca e non itterica (perchè distruttasi buona parte del fegato poca è la secrezione biliare) dimagramento, oligoemia, tabescenza, idropi, peritonite, edema polmonare, versamenti nelle cavità sierose, e morte per progressivo marasmo (tisi epatica), aiutato anche da altre influenze, come dirò tra poco.

Riguardo poi alla dissenteria è a ritenere che fosse la *vera*, quale si è quella delle regioni tropicali, ove regna endemica, e talora epidemica, specialmente negli eserciti colà accampati (1), cioè malattia d'infezione, in cui un tossico speciale ignoto induce alterazioni nel canale intestinale, e più propriamente nel crasso (affezione follicolare e cruposa), e da questa ne nasce alterazione nel sangue, onde poi dimagramento, oligoemia, idremia, cachessia, idropi, tabescenza, da non confondere colla dissenteria *catarrale*, che non dipende da infezione alcuna. Ma è a credere che, come tale, cessasse già, e la diarrea, che perdurava, fosse piuttosto dipendente dallo stato di oligoemia e idremia, sì manifesta, e provata pure dagli edemi, e indotta dalla diminuzione forte della funzione ematopoietica del fegato, e dalla scarsezza della bile, che sì male doveva concorrere alla digestione, non che dalle perdite in antecedenza sofferte. E che la dissenteria abbia cessato presto, o almeno che non fosse di intensità forte, è a ritenerlo da ciò, che per essa accadono restringimenti e cicatrici, che non si trovarono nel crasso del nostro individuo. Ciò però potrebbe mettere in dubbio la esistenza di una dissenteria vera pregressa? — Mai no; poichè tale affezione non lascia necessariamente tali conseguenze. Ad ogni modo sia pure stata anche una diarrea semplice, sull'epatite però certo non può nascere dubbio alcuno.

Il tumore della milza, più che legato all'affezione epatica, doveva essere dovuto alle febbri da malaria, che aveva ripetutamente il nostro infermo sofferto, e sì frequenti nelle calde zone ed umide regioni, quali l'Egitto. — Siffatto caso poi fa veder chiaro, come possa esistere nel fegato un ascesso enorme senza itterizia, e piuttosto con pallidezza di cute.

II. — V. B. d'anni 30, occupantesi di lavori domestici, nata a Castenaso, entrò nell'Ospedale il 1.° Settembre 1868, e venne collocata parimente nella sezione del Prof. Brugnoli; morì il 4 Ottobre.

Il padre suo era morto a 52 anni, pare di pleuropneumonite, stando ammalato 20 giorni; la madre era ancor viva e sana, e così pure i fratelli ed una sorella, ch'eran tutti quanti viventi e godevano piena salute. Non era mai stata tocca da malattie di rilievo, tranne che in qualche inverno soffrì talvolta alcun poco di tosse: non avea sofferto di malattie sifilitiche. Aveva partorito una volta un anno e ½ prima di sua entrata nell'Ospedale, e benchè il bimbo cessasse di vivere dopo 15 giorni, essa proseguì ad allattare altro bambino estraneo; però cominciando fin d'allora a non sentirsi più bene, desistè dall'allattamento, e così poscia si rimise in salute. La mestruazione

(1) Dai «Reports on the extent and nature of the materials available for the preparation of a medical and surgical history of the rebellion. — Circular N. 6. Phyladelphia 1865» si può questo riassumere intorno la dissenteria dell'armata nella guerra degli Stati Uniti d'America. La diarrea e dissenteria delle truppe dipende soprattutto dall'infezione scorbutica per la dieta campale, dall'influenza della malaria, sozzura del campo, calore della stagione, fatiche, uso di acque impure, e forse da qualche influente specifico. È acuta e cronica, ed anatomicamente è una colite ulcerosa e cruposa. È di frequente complicata al camp-fever; però si dà anche tale flusso scompagnato del camp-fever suddetto, e porta la morte per estrema emaciazione ed esaurimento. Oltre altre svariate e di minor momento, una sua grave complicanza è la difterite alle fauci, alle vie respiratorie con edema della glottide, e la formazione di ascessi embolici nel fegato, talora ne' pulmoni e milza, come nella piemia. Nelle scariche sonovi porzioni indigeste di alimenti, con muco, sangue e pus in quantità variabili, cellule di torula. — In quanto al trattamento la dieta dee essere antiscorbutica, usando brodo, ova, latte, ostriche ecc., e freschi vegetali, e se la malattia persiste ostinata sotto tale dieta e conveniente medela, il paziente dee essere trasferito in località nordica non di malaria. I rimedi usati in questa guerra furono: *sotto-nitrato di bismuto* generalmente decantato, ed usato nella forma acuta e cronica, non sempre di buon effetto: la *stricnina* in forma di solfato, o l'estratto di noce vomica, sola o colla chinina e ferro, e trovata valevole in condizioni atoniche e paralitiche dell'intestino, ma riesciva però priva di generale attività nel trattamento di alcuni casi cronici; l'*arsenico* ora in pillole, ora nella forma di soluzione di Fowler, riesciva assai di frequente efficace, e da qualche chirurgo tale rimedio era riguardato quasi come uno specifico, e ciò per l'attossicamento forse dalla malaria.

Digitized by Google

era sempre stata regolare, e dopo l'ultima gravidanza non più apparsa. — La malattia datava da 5 mesi; di essa non si conosceva alcuna causa, ed aveva cominciato con malessere, debolezza, sudori nella notte; non febbre, non tosse. Attendeva però la donna egualmente alle sue incombenze di casa e di fruttivendola, e trasse di cotal guisa, prima di porsi decisamente in letto, un mese all'incirca, cioè da Pasqua al Maggio. L'8 di questo mese si pose in letto, e d'allora in qua non l'abbandonò più quasi completamente, e pare fosse insorta della febbre, ma non altro disturbo notevole, e in tali condizioni indeterminate passò un mese. Ma poscia cominciò la tosse, che è poi sempre passo passo venuta crescendo, in sulle prime secca, più tardi con escreato in poca copia, rossastro e sanguigno, e da ultimo in abbondanza, come diremo: intanto soffriva ancora di dolentezza e anco dolore al lato destro del petto, a cui si accompagnò indi dispnea, febbre vespertina, ma non tutti i giorni determinatamente: la diarrea è venuta in campo assai più tardi. In tale stato stettesi 3 mesi a casa, e fu curata con pillole (?), vescicanti alle coscie e alle braccia, ma non furono praticate sottrazioni sanguigne. Indi fu trasferita in campagna, ove stette per 2 mesi e 18 giorni, trovandosi là meglio in principio di suo soggiorno, ma più tardi ricadde, e comparve diarrea; là le furono applicate sanguisughe al lato destro del petto e mosche di Milano, ma tutto fu vano, ed essendo ancor più aggravata venne trasferita all'Ospedale.

Quando quivi entrò seguitava la tosse, che insorgeva per solito ad accessi assai forti da fare emettere all'inferma delle quantità stragrandi di escreato; aveva dessa dispnea forte, ed era notevolmente dimagrita, però colle tracce d'una buona e robusta costituzione. La statura era giusta, il colore della pelle pallido-giallognolo, un po' di floscezza della stessa, fisionomia di tristezza, mucose pallide, temperatura non elevata, respiro un po' frequente, polso un po' frequente, piccolo. L'inferma decombeva sul lato sinistro, aveva ansia, tosse insistente, come ho detto, pressochè continua, escreato abbondante da colmare 2-3 sputacchiere al dì, alquanto denso, appiccaticcio, con ispuma grigio-rossigna, o in forma di liquido rosso di carne con fondo uniforme, più denso, rossigno: accusava dolentezza al lato destro del petto, e talora un dolore specialmente in corrispondenza del 5.° e 6.° spazio intercostale di quel lato in una linea intermedia e paralella alla mammillare ed ascellare, il quale si esacerbava al tocco, alla pressione e percussione, la quale praticata anteriormente dava ottusità all'altezza della 3.ª costola, che si prolungava in basso, confondendosi con quella dell'area epatica oltre l'arco costale; in quest'area di ottusità fino alla 6.ª costa aveasi respirazione così detta bronchiale, rantoli a grandi bolle e gorgoglio forte (respiro cavernoso), che si manifestava talora anche al palpamento. Lateralmente nella stessa parte di torace eravi ottusità parimenti, che cominciava a livello della 6.ª costola, e suono ottuso del pari posteriormente nella parte inferiore, ove era abolito il mormorio respiratorio. — Area del cuore pressochè normale, e così i suoi toni. — Nel sinistro torace, che era più mobile del destro, nulla di singolare, solo suono assai chiaro, esteso, (enfisema), e respiro suppletorio. Ventre piuttosto avvallato; non tracce di liquido nel cavo peritoneale, e pei risultati del palpamento e della percussione si poteva indurre sporgere il fegato di circa 3 dita trasverse dall'arco costale con un lembo d'altronde inalterato, liscio, non mobile nei movimento respiratori; milza non ingrandita. Urine scarse sedimentose (urati), non contenenti albumina; scariche alvine frequenti, prosciolte, giallastro-rossigne; lieve traccia d'infiltrazione sierosa alle estremità inferiori. — (Polveri di tannino e mirra dal 2 Settembre al 13).

Intanto le condizioni dell'inferma peggioravano passo passo, il pallore cresceva mostrandosi una tinta di clorosi, e si sarebbe detto anzi di cachessia, ma non decisa itterizia; aumentava pure l'ambascia e la tosse, che non le lasciava la notte neppur prender sonno; decombeva sul lato sinistro, e se si volgeva sul destro diceva di non durare a rimanervi, non potendo più aver fiato, e se restava su quel fianco cacciava con impeto boccate d'escreato; questo era sempre assai copioso, un po' scorrevole, in parte liquido giallo-sporco, e in parte con isole muco-purulenti, rosse, tendenti al roseo; esaminato al microscopio non lasciò vedere che dei corpuscoli di pus e di sangue, e detrito, ma non cellule di neoplasma. Continuava il dolore al costato destro, il respiro era affannoso, il polso piccolo, lievemente frequente, e non ebbe decisa febbre mai. Restavano gli stessi fenomeni di tumefazione del fegato, di addensamento del pulmone alla parte posteriore, e di scavi alla parte anteriore e laterale, però il limite di livello dell'ottusità non era regolare, nè decorreva dall'indietro all'avanti nella direzione delle costole, ma invece era elevato pressochè egualmente sì nella parte anteriore che nella posteriore, ed anzi più nella prima; restava poi integro abbastanza il pulmone sinistro e la parte alta del destro. Cresceva l'edema alle estremità inferiori, ed in modo speciale dell'arto inferiore sinistro, e del lato sinistro del tronco, tenendo sempre l'inferma, come s'è detto, la giacitura inclinata da quella parte; scariche alvine frequenti di materie liquide di cattivo odore, non più rossigne, come per lo addietro. Nell'urina nulla da notare. — (Si passò alle misture laudanate, ed alle senapizzazioni volanti, che si continuarono fino alla morte).

Digitized by Google

Col tempo andarono crescendo i fenomeni di consunzione; l'ambascia addiveniva uno dei sintomi più salienti, la tosse continua, forte, ostinata; l'escreato colle medesime qualità, ed esaminato pure dal Prof. Taruffi non diè a dividere alcuna cellula speciale, tranne quelle del pus, con detrito e corpuscoli rossi del sangue; era cessato ogni appetito, aveva la infelice un malessere, un' irrequietezza indescrivibile, sudori alla fronte, polso piccolo e frequente; decombeva sempre sul lato sinistro, e da quella parte era fortemente edematosa; torace destro quasi immobile, la solita ottusità anteriormente, lateralmente ed alla parte posteriore con fenomeni di escavazione, diarrea, e fu sempre la donna fino all'ultima ora presente a sè stessa.

Necroscopia. — Il capo non fu aperto; pulmone sinistro pressochè normale, libero d'adesioni, grande, edematoso, senza ascessi da dirsi metastatici; nel cavo pleuritico dello stesso lato scarsa quantità di siero citrino, e così nel pericardio. Musculatura del cuore pallida. Pulmone destro all' apice non aderente, ma più in basso adeso alla pleura costale, e alla base intimamente al diaframma, e questo col fegato, che appariva spostato in basso ed assai ingrandito (non fu pesato). Nel punto di adesione degli organi, fatto un taglio, si trovò una raccolta di sostanza purulenta, che sgorgava a flotto nella quantità di circa un litro, cremosa, bianco-giallo-verdognola, non di cattivo odore, alquanto densa, e nel fondo come pappa, e con grossi coaguli più densi ancora, senza membrane gelatinose o d'altra forma; e fatto il tutto uscire, restò un cavo grande quant'è la testa d'un bambino di 2 anni, collocato sulla faccia superiore del fegato e inferiore del polmone, che era calcato in alto, ridotto a metà di suo volume, di modo che la cisti o ascesso risaliva sì, da occupare una buona parte del torace, ed al lato anteriore subito sotto l'arco costale, mentre posteriormente restava uno strato di fegato in basso, e di pulmone addensato in alto. Il polmone nella parte inferiore era vestito da una cotenna fibrinosa grigia, i lobi saldati infra loro parimenti da una sostanza fibrinosa, e la pleura pure addensata (pleurite consecutiva). Il suo lobo superiore era libero da addensamenti e da depositi caseosi, mentre l'inferiore, come è detto, che faceva limite superiore dell'ascesso, era assai addensato, in certi punti solidificato, e in buona parte seminato di seni grandi come una nocciuola (dilatazioni bronchiali?), ed è a credere non comunicassero direttamente i bronchi coll'ascesso, ma la comunicazione doveva essere indiretta fra essi, gli scavi e distruzione necrotica del polmone. E inoltre per più attenta osservazione si potè concludere la raccolta non essere entro la pleura, ma fra fegato e parenchima polmonare, e il diaframma intermedio era distrutto o perforato. La cisti era una cavità irregolare, che si accostava alla sferica, limitata da pareti irregolari, e il parenchima limitante era infiltrato di pus, di colore giallo scuro e trapassante a poco a poco nel normale per una zona più sbiadita; eranvi dei tratti di parete rammollita con branelli nuotanti e come staccati, e in certi punti in istato di poltiglia grigia; il resto del fegato non granulato, un poco friabile, in istato d'iperemia e di degenerazione a forma di noce moscata; vescica biliare grande, piena di bile giallastra, mucosa. Poco liquido nel cavo del peritoneo; milza ad un dipresso del volume normale, rammollita nella polpa; reni pallidi ma del resto normali; mucosa dello stomaco del colore consueto senza iperemia od ecchimosi; nel tubo intestinale una sostanza mucosa giallastra; nulla nel crasso, che additasse a dissenteria attuale o pregressa.

Io dico senza più, che si dovette trattare d'un *epatite primitiva* coll'esito in formazione d'ascesso (epatite purulenta), senza però che appartenesse alla sotto-divisione delle epatiti *traumatiche*, mancando cause di simil genere, come si potè rilevare dall'accurato esame anamnestico. Ritengo fosse primitiva appunto perchè non si verificavano nell'inferma le affezioni, alle quali si può associare un'epatite consecutiva o secondaria piemica, metastatica o embolitica. Infatti riguardo alla prima specie ricordata non si rinvennero calcoli nelle vie biliari, da credere all'azione di quelli dovuta l'epatite; riguardo alla seconda non era la donna affetta da lesione interna dell'apparecchio circolatorio, come da arterite od endocardite, non da lesione del cranio, nè trovavasi nell'inferma alcun punto suppurante o cicatrizzantesi in qualunque parte, e più specialmente nel dominio della vena porta. Una delle cause più frequenti dell'epatite secondaria è la dissenteria, o affezione ulcerosa qualsiasi dello intestino specialmente crasso, ma in modo speciale, come ho detto più addietro, nei paesi intertropici, in quanto possono detriti entrare nel circolo della vena porta ad otturare capillari di questa nel fegato, e così originare degli ascessi. L'anamnesi assicura, che la malattia ha cominciato tutt'altro che con diarrea, o fenomeni dissenterici, che in principio nulla esisteva che additasse a ciò, e la scioltezza di ventre è venuta assai tardi, quando l'inferma era poco meno che agli estremi. Tale ultimo profluvio poteva rappresentare una diarrea da colliquazione o trassudamento sieroso da idremia, come si avevano gli edemi in buona parte del corpo (senza affezione renale), e il versamento puramente sieroso nel peritoneo; forse vi concorsero l'azione d'una bile alterata o deficiente alla digestione, ed anco probabilmente un tal quale disturbo di circolo nel dominio della porta, per l'alterata circolazione nell'interno del

Digitized by Google

fegato. — Così dunque l'ascesso formatosi da tempo, e risiedente alla periferia ed alla superficie convessa, ha seco portato il saldamento o concrezione della superficie del fegato al diaframma, e da questo lato, sendo la parte più debole, tentava aprirsi una via verso il petto; ma dovevasi essere saldato anco alla base del polmone il diaframma, e così, benchè questo siasi lacerato e corroso, non si è aperto l'ascesso nella pleura destra, ma è nata, oltre compressione, distruzione dell'organo polmonare ed indiretta comunicazione coi bronchi.

A qualcuno forse potrebbe nascere il dubbio, che la bisogna non fosse andata a rovescio, cioè prima fosse stata l'affezione del pulmone, che poi si fosse propagata al fegato. A ciò sta contro l'osservazione anatomica, in quanto l'ascesso era nella più parte immerso nel fegato che nel polmone, il quale ne prendeva poca parte col lobo inferiore. L'anamnesi del pari nega che la malattia cominciasse con affezione polmonare, e così in parte il decorso, e l'imagine clinica ultima, come toccherò più tardi. D'altro lato egli è comune che gli ascessi epatici, che risiedono nella superficie convessa del fegato, si aprano dal lato del petto nella pleura, o piuttosto nelle vie aeree, previa saldatura del diaframma colla base del pulmone, in quanto che da quel lato l'ascesso non ha da sorpassare che una parete sottile in confronto dello spessore del fegato, cui bisognerebbe poi a poco a poco che invadesse tutto, per aprirsi al disotto e al davanti, cioè nel ventre o attraverso le pareti toracico-addominali. Un bel caso di cisti da echinococco del fegato apertasi nel polmone lo registrai nel Bullettino delle Scienze Mediche (1), ed altro caso lo vidi in donna alla Clinica del Frerichs; la cisti erasi aperta e svuotata lentamente pel pulmone destro, e l'inferma viveva in discreto stato e di nutrizione e salute sufficientemente buona, da lasciar sperare la guarigione. Ripeto che tale è il caso comune e naturale, mentre che invece di ascessi del pulmone o della pleura, che si diffondano al fegato attraversando il diaframma, pochi saranno gli esempi (toltone forse di certi tumori neo-plastici), perchè questi ultimi organi fan da parete abbastanza soda e resistente, mentre invece vi è tutta la possibilità e la facilità, che si svuotino attraverso i bronchi. Da ultimo dileguo poi il dubbio, che si fosse trattato di cisti da echinococco, non avendone alcuna apparenza, e mancando specialmente gli uncini e le membranelle sottili, concentriche, pellucide e come gelatinose. Nessun dubbio adunque resta, che l'ascesso fosse tutto proprio del fegato, esito di epatite da tenere *primaria*, e così il caso riesce alquanto singolare, come malattia, a detta di tutti, ben rara nei nostri climi temperati, nel senso suddetto (non in quello di metastatica o embolitica, e traumatica), come è invece frequente nelle zone calde, a' tropici, come dissi già, nell'Africa, nelle Indie, nella Turchia europea ecc. — Quale poi ne fosse la causa è bene oscuro; forse influenze reumatizzanti, che pare possono indurre la malattia, come si ha dal *Bericht der allg. Krankh. zu Wien* 1859 (Roncati). In alcuni casi non si può riconoscere alcuna causa occasionale, come Bamberger e Frerichs hanno osservato (forse che avesse in que' casi colpa qualche miasma, o qualche veleno?).

Vediamo ora brevemente, come di volo e toccando solo i tratti salienti, se dallo studio del caso si riesca a rilevare delle singolarità, che possano servire a differenziarlo, e se non valgono per tutti i casi di ascessi epatici, almeno per qualcun altro, che potesse presentare delle condizioni comuni, o delle somiglianze col caso narrato. Il medico può esser tratto in inganno, e ritenere trattarsi di affezione del pulmone o della pleura, o meglio credendo questa essere l'unica e sola e la primitiva, senza sospettare che si dovesse piuttosto a malattia del viscere sottostante. Cotali affezioni potrebbero essere il cancro e l'echinococco del polmone, la pneumonite, e l'essudato pleuritico. Si sarebbe potuto pensare al primo per tutto l'insieme e per l'aspetto speciale dell'inferma, per la circoscrizione del male, per la forma particolare dell'ottusità ecc.; d'altro lato però restava molto dubbio e per riguardo all'età dell'inferma, e per sapere come tale affezione sia di rado nel polmone primaria, ma per solito vi sia propagata dal cancro della mammella, del fegato ecc., anzi forse la poteva escludere l'esame dell'escreato, che non conteneva che pus, e non cellule speciali. — Un facile scambio può farsi colla pneumonite, e per citar grandi esempi, si sa che Valsalva, come racconta il Morgagni (Epist. Anatom. med. xx., 30 e 31), Michele Sarconi ecc., presero in errore l'epatite per infiammazione di pulmone; infatti queste affezioni possono avere sintomi assai simiglianti, e l'una può indur l'altra. Qui però bisognerebbe si fosse trattato di pneumonite acuta della base, che poscia fosse terminata o nella suppurazione del polmone, o nella degenerazione caseosa e tisi del medesimo viscere, però l'anamnesi diceva tutt'altro, e l'affezione non aveva per nulla presentata in principio le impronte ed i sintomi della malattia anzidetta. — Poteva restare la pseudotubercolosi o bronco-pneumonite lenta con degenerazione caseosa del secreto ritenuto negli alveoli e fini bronchi, e distruzione del pulmone; ma qui pure, oltre che l'impronta generale dell'inferma non corrispondeva del tutto a tale affezione singolarmente per quello speciale edema,

(1) Ser. v., vol. 3, pag. 59. — È l'ultima delle 5 *storie di alcune malattie del fegato e delle vie biliari* ecc.

Digitized by Google

l'affezione primamente, giusta sempre l'anamnesi, aveva incominciato con sintomi indeterminati, e si sarebbe detto generali, e la tosse venuta molto più tardi; inoltre, giacchè questa broncopneumonite ha la sua sede comune all'apice, sarebbe stato singolare, che, mentre alla base esisteva lesione tale, l'apice fosse libero e l'altro pulmone del pari; lo sputo poi non offriva i caratteri, che suole avere in tale affezione. — Parmi contro l'echinococco del polmone stesse, e la qualità dello sputo (con mancanza d'uncini), i fenomeni di pneumonite circoscritta senza grandi escavazioni, e l'aver la malattia cominciato senza fenomeni di petto. — L'essudato pleuritico poteva sospettarsi almeno avuto riguardo al lato posteriore, in quanto ivi trovavasi ottusità alla percussione e gli altri fenomeni che ricordai, mentre riguardo all'anteriore bisognava credere vi si associasse pneumonite e tisi, come additava lo sputo e l'ascoltazione; così pure era indiziato dall'abbassamento del fegato. Però, oltre la imagine generale che vi contrastava, l'ottusità non era quella dell'essudato, non presentando la forma regolare. Ed è pure a rimarcare come, sebbene e nell'essudato pleuritico e nell'ascesso della superficie convessa del fegato si possa avere ottusità alla base del torace e spostamento in basso del fegato, nell'essudato però il fegato debbe essere spinto in basso assai, mentre invece nell'ascesso l'ottusità rimonta piuttosto sul petto, senza che il margine inferiore del fegato sia in egual proporzione spostato in basso. Inoltre va considerata la giacitura dell'infermo, chè mentre nell'essudato pleuritico e nelle affezioni del polmone quegli giace sul lato affetto o almeno nelle ultime sta orizzontale, e nel primo al volgersi sul lato sano non viene dispnea, e tosse e dolore in forti proporzioni: nel caso nostro (ascesso epatico che comunichi direttamente o indirettamente coi bronchi) l'inferma non poteva giacere che sul lato sano, nè poteva volgersi sul malato, perchè cresceva l'ambascia, la tosse, l'escreato, e veniva il senso di soffocazione. Ciò credo perchè nella giacitura anzidetta con facilità, sebbene in piccola copia, accadeva l'uscita dall'ascesso ed entrata nelle vie aeree delle materie contenute nell'ascesso medesimo, e quindi aumentata la tosse, l'ambascia e la espettorazione. Se si esclude l'essudato in genere, resta escluso ancora il caso di essudato pleuritico apertosi nei bronchi, mentre l'espettorazione sarebbe stata differente.

Rimarco dunque in corollario di ciò che ho finora detto, come al trovare alla base del torace destro ottusità, e in pari tempo fenomeni di bronchiettasia e di distruzione polmonare, mentre poi il rimanente dello stesso polmone e l'altro sono integri, mentre l'ottusità non è regolare, come nell'essudato pleuritico, e la malattia cominciò con fenomeni ben diversi da quelli di affezione degli organi respiratori, con fegato non proporzionamente spinto in basso, con escreato abbondante rossastro, purulento, con giacitura a rovescio di quella delle affezioni pleuritiche e pulmonari, ed al volgersi dell'infermo sulla parte ammalata cresce la tosse e l'espettorazione, ed ha questi tinta pallida, con edemi vaghi, più che una malattia del pulmone e della pleura sola o primitiva sarà a buon dritto a sospettarsi ed a tenere più certa un' affezione epatica, e probabilmente un ascesso. Questo caso conferma ancora, come l'antecedente, che ascessi epatici di certa mole possono decorrere senza itterizia.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Oscar Liebreich. — *Ricerche terapeutiche sul cloralio idrato, nuovo ipnotico ed anestetico.* Berlino 1869. — Wiener medizinische. Presse 1869, N. 35-36.

L'egregio autore in questo suo opuscolo si è proposto d'introdurre in medicina l'uso del cloralio idrato come ipnotico ed anestetico per via puramente scientifica, ed a base del suo lavoro ha posto l'esame chimico del preparato (1) e le esperienze istituite con esso sugli animali. Noi tralasciamo di far cenno di queste, e solo vogliamo portare l'attenzione dei nostri lettori sulle interessanti esperienze terapeutiche, che l'autore ha fatte sui malati nei compartimenti dei professori Westphal, Joseph Meyer, Bardeleben, Virchow e Langenbeck.

Le iniezioni sotto-cutanee di cloralio idrato, eseguite negli animali, non avevano mai prodotta alcuna irritazione locale, quindi non era a dubitarsi, che si sarebbero comportate egualmente negli uomini. Ciò fu confermato pienamente dall'esperienza; però le prime iniezioni fatte con 0,45 grammi di cloralio sciolto in 0,9 centimetri cubici di acqua non produssero alcun sintoma generale, di modo che per le successive furono dovute impiegare dosi più forti del rimedio. Riportiamo qui le storie di alcuni malati, le quali serviranno ad illustrare il modo con cui il nuovo medicamento agisce negli uomini.

I. — It. di 42 anni, epilettico, con allucinazioni di natura triste. Il paziente crede di dovere essere ab-

(1) Il cloralio è una sostanza prodotta dalla reazione del cloro sull'alcool; è liquido allo stato anidro, e divien solido idratandosi; è dotato di un odore aggradevole e assai penetrante.

Digitized by Google

bruciato e quindi spesso abbandona inquieto il suo letto, e soffre di insonnio. Gli vengono iniettati sotto la pelle del braccio con tre punture 1,35 grammi di cloralio idrato, sciolto in 2,7 centim. cubici di acqua. Il malato non fa alcun movimento che accenni a dolore. Dopo 3 minuti incomincia a sbadigliare ed a socchiudere gli occhi; dopo 10 minuti chiude gli occhi completamente; scuotendolo bruscamente li riapre, ma però torna subito a chiuderli. Dopo un' ora il paziente potè essero risvegliato mercè punture di ago, però chiuse subito di nuovo gli occhi, ed in tutto perseverò per 3 ore nel sonno; dopo svegliato fece, come ordinariamente, il suo pasto. L'autore ripetè per 3 volte questa prova sempre con la medesima dose e con lo stesso risultato.

II. — La Sig.ª H. malata per paralisi progressiva, dell'età di 39 anni, ¼ di ora dopo l'iniezione della dose sopraindicata di cloralio dormì per ½ ora, quindi si risvegliò, e fece il suo pranzo come ordinariamente; però dopo il pranzo, al contrario dei giorni passati, appena si sedeva, incominciava a sonnecchiare; anche nella mattina seguente si addormentò sulla sedia.

III. — J. demente, dell'età di 23 anni, soffriva specialmente per vive illusioni dei sensi. Circa le 12 ¾ gli furono iniettati sotto la cute 1,58 grammi di cloralio. Il malato si addormentò ½ ora appresso, e il sonno durò circa un'ora; ridestatosi, si lagnava di capogiro, e tornò a giacere per dormire profondamente altre due ore. Nella mattina aveva ancora tendenza al sonno.

Da questi tre casi si scorge, che con una dose di 1,5 grammi di cloralio già si produce dopo breve tempo la narcosi. Durante questa fu specialmente osservato, che il polso e la respirazione si contennero come nel sonno fisiologico; anche il calore della faccia e la fisonomia in genere non si mostrarono per nulla diversi da quelli, che soglionsi osservare in coloro che dormono di un sonno fisiologico.

Avendo mostrato le iniezioni sotto-cutanee, che sono necessarie dosi relativamente grandi di cloralio per produrre qualche effetto, l'autore si decise a passare all'uso interno di questo medicamento. Da principio conservò le dosi, che aveva adoprate per iniezione; riportiamo qui la storia di due di tali esperienze.

IV. — A. J. dell'età di 27 anni, legnaiuolo, ricevuto nella Carità il 21 Marzo 1868, soffre per una spondilite sin dal 17 Dicembre 1867. Il malato si lagna spesso di un grande dolore, che si parte dalle vertebre malate; oltre ciò gli si è formato anche un decubito abbastanza considerevole. I dolori gl'impediscono per lo più il riposo della notte, benchè 4-5 volte al giorno gli si facciano iniezioni di 0,045 grammi di morfina per ogni volta. Nel 31 Maggio, circa le ore 11 e 30 minuti, il malato ingerisce 1,35 grammi di cloralio in un bicchiere di acqua. Alle ore 11 e 35 minuti dice di sentirsi stanco e di avere tendenza al sonno. Alle 11 e 40 comincia a chiudere gli occhi. Interrogato in proposito, dice di non avere dolore di capo nè sussurro alle orecchie; domandatogli se si trova di lieto animo, risponde « sì, molto. » Alle 11 e 42 il malato accusa una certa smania, crede che debbano operarlo, e dice di non poter dormire; frattanto però serra completamente le palpebre. Ore 11 e 47 minuti: il malato tiene gli occhi chiusi, e dorme. Respirazione tranquilla. Se viene chiamato apre gli occhi, ma li rinchiude prontamente, e seguita a dormire. Alle 3 pom. il malato ancora dorme; chiamandolo si desta facilmente, ma subito si riaddormenta, e si desta spontaneamente solo alle 5. In quest'ora è tuttavia molto sonnacchioso, dice di esser libero da ogni dolore e di non provare alcun incomodo.

V. — B. dell'età di 43 anni, soffre probabilmente per un carcinoma del fegato a corso abbastanza rapido. Spesso si hanno dolori nella regione epigastrica; notti insonni. Da circa un mese dorme solo qualche ora, mercè iniezioni sotto-cutanee di morfina (0,06 grammi), a cui talvolta vengono aggiunte, secondo il bisogno, 1-2 polveri di morfina per uso interno. Il malato soffre spesso di disturbi gastrici, che facilmente hanno per effetto il vomito.

Circa le ore 10 e 30 minuti gli vengono amministrati 1,35 grammi di cloralio idrato, sciolti in mezzo bicchiere di acqua. Dentro 5 minuti il malate si pone in posizione adattata, chiude gli occhi, e si addormenta. Dopo 10 minuti viene scosso bruscamente e chiamato ad alta voce. Il malato si sveglia all'improvviso come impaurito, risponde chiaramente alle domande che gli vengono fatte, e quindi si ripone alla sua primiera posizione e torna a dormire di nuovo. Nel mezzogiorno dorme ancora e non si desta benchè toccato con abbastanza forza.

Il malato si ridestò circa le 5 pom. Ricercato del suo stato di salute, rispose che si sentiva un leggiero dolore di capo nelle regioni temporali, e che gli pareva di essere alquanto stordito; però non si lagnava nè di smania, nè di oppressione, nè di nausea. Lo svegliarsi dell'infermo accadde mentre si facevano i preparativi per la visita, e fu occasionato da tale circostanza; egli aveva dormito 6 ore e mezza, mentre per lo innanzi con le dosi suindicate di morfina aveva dormito appena 4 ore. Nella mattina seguente il malato narrò, che il dolore di capo non era stato di lunga durata.

È da notarsi che in nessun malato, dopo preso il cloralio, si mostrò uno stadio di eccitamento nè da principio nè in seguito, mentre adoprando la morfina, l'azione narcotica si osserva spesso alcune ore dopo dato il rimedio e frequentemente è accompagnata da disturbi gastrici. Nel malato N. 5 le iniezioni di morfina aumentarono i di-

Digitized by Google

sturbi gastrici senza mostrare un'azione ipnotica di lunga durata, mentre dopo l'uso del cloralio egli non ebbe a lagnarsi di alcuna nausea.

Le storie seguenti di malati, in cui furono adoprate dosi più elevale di cloralio, potranno anche meglio far risaltare la sua azione, in confronto di quella della morfina.

VI. — H. P., dell'età di 34, anni soffriva per infiammazione acuta e straordinariamente dolorosa dell'articolazione della mano destra. Essa nel 31 Maggio prima del mezzogiorno si lagna di vivo dolore nell'articolazione suddetta, ed a motivo di esso non aveva mai dormito durante tutta la notte.

Circa le 11 e ¾ gli furono amministrati 1,78 grammi di cloralio idrato in un bicchiere di acqua. Dopo mezz'ora il rimedio non aveva ancora prodotto alcun effetto. Circa le 12 e ½ furono applicate sull'articolazione della mano 12 sanguisughe, che erano già state ordinate prima dell'amministrazione del cloralio. Durante tale operazione la malata si sentì prendere da stanchezza, e si addormentò mentre le mignatte suggevano ancora; questo sonno durò circa ½ ora. Quando l'inferma si risvegliò, mostrava un certo bisogno di dormire ulteriormente, e si lagnava di dolore sulla regione della fronte e delle tempia; nel pomeriggio passò parecchie ore sonnecchiando, e nella notte dormì tanto bene, come non aveva mai dormito durante tutta la sua malattia. In questa malata fu potuto porre comodamente un apparecchio inamovibile ingessato (1), e quando nel 2 Giugno ritornò il dolore, l'amministrazione di altri 2 grammi di cloralio tornò a produrre un sonno ben lungo, e la cessazione della dolorabilità nell'articolazione affetta.

VII. — Un contadino di 30 anni, che si trovava nella Carità da 9 giorni, malato per paralisi progressiva, sin dal tempo del suo ricevimento si era mostrato in stato di delirio frenetico. Nel 23 Giugno gli fu amministrato ¼ di grano di morfina senza alcun risultato; nella notte appresso non dormì affatto. Nel 2 Luglio alle ore 3 e 49 min. pom. il malato prese grammi 3,5 di cloralio idrato, sciolti in 15 grammi di acqua distillata con 15 di sciroppo di corteccia d'arancio. Prima, durante e dopo l'amministrazione del rimedio, egli mostrava il suo ordinario aspetto turbolento, e danzava intorno alla camera cantando e fischiando. Lo si recò sul letto; 40 minuti appresso cominciò a piangere e a gridare; in seguito cominciò a chiudere gli occhi, aprendoli solo per metà, quando gli si comandava di tenerli aperti. Dopo 22 minuti sopravvenne il sonno, che durò sino alle 9 di sera; durante esso le pulsazioni erano 96 al minuto. Il resto della notte fu passata senza sonno, ma però in stato abbastanza tranquillo.

La soluzione del cloralio idrato nell'acqua ha un sapore alquanto amaro, ed in parecchi malati lascia un leggiero bruciore nella gola, per cui Liebreich vi aggiunse come correttivo lo sciroppo di corteccia d'arancio. Dal 7.° caso risulta, che nel malato delirante, ed al massimo grado eccitato, la morfina produsse il sonno di solo ½ ora, mentre dopo l'amministrazione di grammi 3,5 di cloralio sopravvenne un sonno di ore 2 ¾, con susseguente riposo.

L'autore oltre i casi qui citati ne riferisce altri 11, in cui il cloralio idrato, secondo le circostanze, fu adoperato anche a dose maggiore e sempre con successo.

Il cloralio fu usato anche nei bambini, senza che producesse alcuna dannosa influenza. Liebreich non esita ad adoperarlo, incominciando nei neonati con 0,4 grammi, e nei sopra ad un anno con 0,9 grammi.

L'autore crede anche che in piccole operazioni, per es. di oculistica, in uomini del resto sani, 4-6 grammi di cloralio possano sostituire utilmente il cloroformio.

Il cloralio in soluzione acquosa è leggermente caustico, e però non potrà adoprarsi internamente quando si trovino superficie ulcerate nel tratto gastro-intestinale. In tali casi dovranno adoprarsi le sole iniezioni ipodermiche.

La schietta azione ipnotica di questo rimedio, che *produce un sonno sicuro senza lasciare dietro sè alcuna dannosa conseguenza*, lo raccomanda contro tutte le affezioni flogistiche dolorose, in cui si vuole in genere una narcosi, come per es. nel reumatismo articolare acuto, contro il tic doloroso, l'ischialgia, la gastralgia ed enteralgia di pretta natura nervosa, contro la tosse convulsiva, il laringo-spasmo, il singulto, l'asma nervoso, il tetano ed il trisma. L'uso del cloralio dovrebbe anche raccomandarsi in specie contro i violenti dolori eccentrici nella tabe dorsale, che spesso perdurano non ostante le più grandi dosi di morfina. Negli accessi di colelitiasi potrebbe pure essere specialmente indicato, poichè prescindendo dalla sua azione calmante, dando luogo alla formazione di cloroformio nel circolo sanguigno, potrebbe produrre la dissoluzione dei calcoli biliari meglio del cloroformio amministrato inter-

(1) L'apparecchio inamovibile con la fasciatura ingessata fu per la prima volta posto in opera con buon successo dal chiarissimo Prof. Concato in una giovanetta malata per mono-artrite acuta. In questo caso però, non conoscendosi il nuovo rimedio, la malata dovette subire dolori strazianti mentre gli fu applicato l'apparecchio (vedi *Rivista clinica di Bologna* 1869, *fasc.* 3.°). La scoperta di Liebreich ne pone ora in condizione di potere più facilmente attenerci in tali casi al metodo di cura proposto dall'illustre clinico di Bologna. C. B.

Digitized by Google

namente, il quale viene assorbito solo molto a rilento.

Dalle esperienze dell'autore risulta anche, che il cloralio non solo può sostituire la morfina in tutti i casi, in cui quest'ultima è indicata come ipnotico, ma che anche in molti punti la sorpassa. In quei casi di agripnia, in cui la morfina riesce infruttuosa, il cloralio potrebbe mostrarsi sicuramente attivo; ciò potrebbe specialmente avverarsi nel delirium tremens, in cui essendo urgente l'azione rapida del rimedio, difficilmente potrebbe trovarsi nella farmacologia un altro ipnotico, che possa eguagliarlo (1). Del resto ulteriori esperienze potranno dimostrare, se la combinazione del cloralio con l'oppio, ovvero con la morfina, non sia talora da preferirsi al rimedio isolato. L'autore crede anche, che il cloralio dato a piccole dosi ed epicraticamente, potrà agire come *sedativo*, specialmente negli stati di eccitamento nervoso e nei dementi.

Il cloralio a motivo delle sue proprietà fisiche non può essere amministrato nè in pillole nè in polvere, e quindi potrà ordinarsi solo in soluzione. L'autore raccomanda le seguenti formole:

P. di Cloralio idrato 2,5 grammi
Acqua distill.
Mucil. di gomma arabica ana 15,0 grammi
da prendersi in una volta
(come ipnotico ordinario)

P. di Cloralio idrato 4,5 - 8,0 grammi
Acqua distill.
Scirop. di cortecc. d'aranc. ana 15,0 grammi
da prendersi in una volta
(nel delirio dei bevitori)

P. di Cloralio idrato 5,0 grammi
Acqua distill. 10,0 gr.
un cucchiaio da caffè in un bicchiere di vino, birra o limonata
(come ipnotico)

P. di Cloralio idrato 4,0 grammi
Acqua distill.
Scirop. di cortecc. d'aranc. ana 15,0 gram.
un cucchiaio nella sera
(come ipnotico ordinario)

P. di Cloralio idrato 2,0 grammi
Acqua distill. 150,0 grammi
Scirop. di cortecc. d'aranc.
Mucilag. di gom. arab. ana 15,0 grammi
un cucchiaio ogni ora
(come sedativo)

P. di Cloralio idrato 5,0 grammi
Sciogli in acqua distill. q. b., perchè la soluzione abbia il volume di 10 centim. cub.
1 - 4 centim. cub. per iniezioni sotto-cutanee
(come ipnotico)

Ciò è quanto si contiene di essenziale nella monografia del Liebreich, che noi raccomandiamo ai nostri lettori, che desiderassero in proposito più esatti ragguagli.

(1) Il Prof. B. von Langenbeck ha di recente comunicato un caso di delirium tremens guarito completamente per mezzo del cloralio; in questo caso erano stati somministrati inutilmente 35 centigr. di oppio in poche ore (vedi *Berlin. klin. Wochenschr.* 1869, *N* 35). C. B.

Naumann. — *Caso di ascesso retro-peritoneale con degenerazione amiloidea degli organi addominali e formazione di sarcoma secondario nelle pareti dell'ascesso e nel peritoneo.* — Archiv der Heilkunde, zweites Heft 1869.

Isacco Cohn d'anni 38, lavoratore in ambra, fu accolto nella Clinica medica del Prof. Leyden il 4 Maggio 1868 per un grosso tumore che sentivasi nel basso ventre. L'anamnesi diede, che il paziente, per l'addietro sempre sano e robusto, 12 anni prima era stato colpito da malattia febbrile, sulla quale non seppe dire nulla di positivo. In seguito, nell'anno 1858, rimarcò per la prima volta sotto al margine costale a sinistra un tumore, che aveva circa la grandezza d'una noce avellana, e che si lasciava spostare tanto lateralmente che in alto ed in basso (?). Questo tumore più tardi crebbe alla grandezza di un pugno, mentre i dolori, dapprima molto intensi in questa località, a poco a poco scomparvero dietro una cura antiflogistica (sottrazioni sanguigne), a modo che Cohn fu di nuovo in istato di attendere alle proprie occupazioni, e pel resto si sentiva benissimo. Da 3 o 4 mesi soltanto mostrossi nella regione ipogastrica un tumore della grandezza d'un pomo circa, il quale sulle prime non era congiunto col tumore antico, e come questo si lasciava spostare facilmente qua e là (?). L'accrescimento di questo secondo tumore in tutti i sensi fu molto rapido, a modo che presto si congiunsero. A ciò si aggiunsero molti altri fenomeni morbosi: dolore puntorio violento nell'imo ventre, perdita dell'appetito, costipazione alvina con tenesmo, stranguria; in seguito ascite, edema delle estremità inferiori, dispnea, e dimagramento assai rapido.

All'esame praticato nella Clinica si rinvenne lo stato che segue: il paziente è di media statura, di costituzione di corpo poco robusta e muscolatura poco sviluppata; è molto magro, ha cute secca, pallida, un po' giallo-sporca, espressione sofferente del viso, il sensorio del tutto libero, molto depresso l'animo. — Polso frequente (120-128), piccolo, facilmente compressibile; temperatura non elevata; respirazione accelerata (20-24), di preferenza costale; contrazioni energiche negli scaleni.

Digitized by Google

Ad un esame accurato nessuna deviazione sostanziale dalla norma negli organi toracici. Basso ventre fortemente gonfio, e di figura asimmetrica per forte prominenza del lato sinistro. La circonferenza del ventre, all'altezza dell'ombellico, 88-89 centimetri. Al palpamento la regione epigastrica offre della resistenza; tutta la parte sinistra del ventre lascia sentire un tumore duro, ineguale alla superficie, che si estende al disopra della sinfisi del pube anche verso la destra regione dell'ipogastrio. La milza comincia al disotto della settima costa, ed in basso si continua immediatamente colla massa del tumore. Il limite superiore del fegato, nella linea mammillare, arriva all'altezza della 4.ª costa. L'urina è albuminosa, ed offre molti cilindri ed epiteli. — La morte dell'infermo avvenne nel giorno 9 di Maggio.

Autopsia (11 Maggio). — Cute del cadavere giallo-sporca, atrofico il tessuto sotto-cutaneo, musculatura sottile e pallida: le pareti addominali sottili, fortemente tese, il tumore distintamente sensibile. Leggero edema agli arti inferiori.

Gli organi della cavità del petto spinti in alto dal diaframma sollevato. Il cuore proporzionatamente piccolo; nella sua faccia anteriore, sul cono arterioso, una macchia tendinea della grandezza di due centesimi. La sostanza muscolare pallida, flaccida, alquanto opaca. Le valvole normali, le cavità moderatamente ripiene di sangue assai coagulato. Nel pericardio una piccola quantità di siero chiaro. I *pulmoni* qua e là congiunti alla parete costale per aderenze sode, fortemente edematosi: il lobo inferiore compresso e vuoto di aria; la mucosa bronchiale pallida. La *cavità addominale* contiene circa 1 ½ bicchieri di liquido leggermente torbido, giallo-rosso-pallido, in cui trovansi alcuni piccoli fiocchi fibrinosi. Rimosse le pareti addominali si offre il grande omento, che in direzione obbliqua si abbassa verso la regione ipogastrica sinistra, e ad eccezione della sua parte superiore, che conteneva dei nodi isolati, trasformato in un tumore sodo, compatto, grosso 1 ½", il quale era saldato alla faccia interna delle pareti addominali al disopra della sinfisi e della branca orizzontale sinistra del pube. La superficie del medesimo offre delle rilevatezze piane, è solcata da numerose ramificazioni vascolari, scorrenti nei solchi situati fra le rilevatezze, ed il suo margine inferiore è assai arrotondato. Un secondo tumore della grandezza della testa di un bambino, innicchiato nelle radici del mesenterio, e situato sulla faccia anteriore della colonna vertebrale, trovasi al di dietro dell'omento degenerato, il quale si adagia sul medesimo, ed in parte è con esso fermamente saldato. Questo parimenti è compatto e sodo; nella sua superficie vestita dal peritoneo protuberano delle tuberosità globose della grandezza d'una avellana a quella d'un uovo di pollo, separate da solchi poco profondi. In alto questo tumore si spinge fra la colonna vertebrale e la prima porzione del digiuno, a modo che quest'ultimo sembra staccato dalla prima. Fatto un taglio in questo tumore, si trova nell'interno del medesimo, davanti alla colonna vertebrale, una cavità sinuosa della grandezza d'una mela, ripiena di icore denso, la quale mediante un canale lungo 1 pollice, largo un dito, rivestito d'una membrana liscia simile ad una mucosa, sbocca nell'intestino nei confini fra il digiuno ed il duodeno. Il canale verso il suo sbocco si allarga ad imbuto, ed è chiuso tutto attorno dalla massa del tumore, il quale nel luogo di sbocco sporge nell'intestino con alcuni nodi piatti. La parete della cavità in massima parte offre una faccia interna liscia, ed è costituita da uno strato delimitativo solido, calloso. Solo in basso si incontrano parti del tumore cadute in gangrena, che constano di una massa molle, di brutto colore, che di qui si insinuano nel tumore appartenente all'omento. Assieme a questa grande cavità comunicante coll'intestino, il tumore contiene ancora alcuni piccoli spazi cavi, a mo' di cisti, ripieni di liquido sieroso, i quali non offrono un limite membranoso distinto. Al taglio l'aspetto della massa del tumore nelle parti posteriori, vicine alla colonna vertebrale, è molto stipato, asciutto, di tessuto fibroso, cosperso di numerosi depositi calcari; all'incontro la porzione anteriore del tumore e l'omento, ove non partecipano alla degenerazione gangrenosa, offrono una costituzione succulenta, lardacea, giallo-pallida, omogenea, e vi si osservano ancora alcune isole di tessuto adiposo.

Il *mesenterio* assai accorciato, e gli intestini tenui con esso, appaiano stirati verso destra, e sono cosparsi di nodi di varia grandezza fino a quella d'una noce comune, alcuni sodi come cartilagine, biancastri, altri come midollari, giallognoli, semisferici o piatti, e rivestiti in oltre da recenti deposizioni fibrinose. Le glandule linfatiche del mesenterio alquanto ingrossate, succulenti, rosso-grigiastre, e seminate di nodi bianchi e sodi in prossimità del tumore prevertebrale.

Il *colon discendente* ed il *trasverso* sono parimenti disseminati di nodi isolati, risiedenti nel loro involucro sieroso: un accumulo molto maggiore dei medesimi si mostra però nel *colon discendente* lungo il lato sinistro del grande tumore e della *flessura sigmoidea*, la quale è fissata fortemente alla parete posteriore del bacino con curve risentite.

Anche la faccia interna della *parete addominale* è tempestata di placche e nodi biancastri, numerosi, sodi, alquanto trasparenti, i quali sono sviluppati con speciale abbondanza nella regione ipogastrica: quivi confluiscono in una infiltrazione continuata, grossa ½-¾ di pollice, compatta, inegualmente rilevata, che si estende sulla faccia posteriore della vescica urinaria e sull'anteriore del

Digitized by Google

retto intestino. La mucosa dell'intestino offre ovunque una lieva tumidezza catarrale ed una pigmentazione inegualmente tinta in grigio; inoltre trovansi nella flessura sigmoidea parecchie piccole escrescenze polipose della mucosa, peduncolate. Nella mucosa dello stomaco piccole infiltrazioni emorragiche, indurite.

Il *fegato* nella superficie convessa coperto da un essudato purulento, untuoso, rosso-sporco; il suo volume normale; il parenchima bruno-pallido, alquanto splendente per adipe. La *cistifellea* poco piena. La *milza* grande, elastica, simile al sughero; la sua superficie rosso-carnea, secca, splendente, come di cera. I *reni* parimenti sodi, rigidi; la loro sostanza corticale, come pure le piramidi, distintamente trasparenti, la prima di color giallo-grigio, l'altra di color rosso-pallido; la superficie liscia con iniezioni vascolari a forma di stella. Le *vescica urinaria* vuota, normale la sua mucosa.

La cavità del cranio non fu aperta.

L'esame microscopico mostrò costituita la massa del tumore, nelle sue parti centrali circondanti la cavità icorosa, da un tessuto connettivo sodo, sclerótico, povero di cellule; le masse calcari, innichiate nel medesimo, coll'aggiunta d'un acido si scioglievano con abbondante sviluppo di gas. Le parti periferiche d'aspetto lardaceo, del tumore retro-peritoneale, come pure i nodi del peritoneo, offrivano all'incontro una costituzione sarcomatosa: constavano di prevalenza di cellule fusiformi con poca sostanza intercellulare a fasci: nei nodi molli, come di sostanza midollare, il tessuto è quasi esclusivamente cellulare, e le cellule sono in grado diverso colpite da degenerazione adiposa e del pari di forma fusiforme prevalente; tuttavia vi si trovano ancora piccole cellule rotonde ed angolose, come anche bollicine di adipe. — La milza ed i reni offrono una degenerazione amiloide molto avanzata; nella prima tutta la polpa è degenerata, i follicoli non riconoscibili: nei reni la degenerazione amiloide si mostra tanto nei glomeruli come anche nei vasi, nel tessuto connettivo interstiziale e nella tunica propria dei canaletti uriniferi fusa con questo, nella sostanza corticale e midollare; gli epiteli dei canaletti uriniferi sono intorbidati e granulosi, però senza manifesta degenerazione adiposa. Le cellule del parenchima epatico offrono un grado notevole di degenerazione adiposa; esiste pure degenerazione amiloidea delle arterie epatiche piccole. Questa è molto più sviluppata nell'intestino tenue: tutto lo stroma della mucosa, come pure i vasi del tessuto connettivo peritoneale e sotto-mucoso, sono degenerati. Nell'intestino crasso la lesione si limita principalmente ai vasi arteriosi del tessuto sotto-mucoso. In tutti gli organi designati il trattamento coi preparati di iodio e acido solforico produsse quasi ovunque un bel colorito verde-bluastro solo qua e là si mostrò un colore bruno-rossastro, come dietro l'aggiunta dello iodio solo.

Se si fa attenzione al corso morboso descritto ed al reperto necroscopico, con probabilità dovrebbe formarsi il concetto seguente del caso, ad ogni modo raro e degno di ricordanza. Il punto di partenza della malattia, dieci anni addietro, produsse, senza causa nota, un ascesso nel tessuto celluloso retro-peritoneale; a questo devesi riferire lo sviluppo del primo tumore, rimarcato dall'infermo sotto al margine costale sinistro, ed accompagnato da fenomeni infiammatori. La cessazione di questi forse coincise coll'apertura dell'ascesso nello intestino. Tuttavia non essendo avvenuta la chiusura, della cavità dell'ascesso, e piuttosto seguitando il processo di suppurazione, il tumore rimase uguale al palpamento, ed a poco a poco, come spesso avviene nelle suppurazioni diuturne, si produsse una degenerazione amiloide degli organi addominali. Il tessuto connettivo circondante la cavità, divenuto frattanto calloso, tre mesi circa prima della morte divenne la sede d'una produzione sarcomatosa, che invase le glandule linfatiche limitrofe e quasi tutto il peritoneo, finchè per ultimo produsse la distruzione icorosa della massa del tumore ed una peritonite acuta, sviluppatasi con essa, e in seguito l'esito letale. Perciò il nostro caso somiglierebbe a quelli raccolti da Virchow (*Die krankaften Geschwülsten* 2, *p.* 246), in cui da croniche infiammazioni si produssero sarcomi.

Hasse. — *Due casi di trasfusione del sangue.* — Berlin. klin. Vochenschr. N. 35, 1869.

Il Dott. Hasse di Nordhausen ha fatta recentemente la trasfusione del sangue in due malati della sua pratica.

Il primo di questi infermi era un uomo bevitore di 46 anni, affetto già da qualche anno da catarro cronico dei bronchi e dello stomaco, e che nel 12 Aprile riportò una frattura complicata insieme a lussazione della gamba destra. Dopo la prima medicatura, le cose procedettero abbastanza bene per alcuni giorni, ma nel 21 Aprile lo stato dell'infermo si era cambiato di tanto, che nel giorno 24 si dovette fare l'amputazione della gamba nel suo terzo superiore. Ciò non ostante però non si verificò alcun miglioramento, ed anzi ripetuti brividi di freddo, delirio, vomito ecc., diedero a vedere, come già si fosse effettuata la così detta infezione pioemica. La scaduta nutrizione, la considerevole anemia, la estrema debolezza e la mancanza di vitabilità nella ferita dell'amputazione, indussero Hasse nel giorno 27 a fare una trasfusione di circa 4 once di sangue de-

Digitized by Google

fibrinato (1), che fu fatta con l'apparato da trasfusione di Martin (2). Subito dopo la trasfusione il polso, che prima era filiforme e molto accelerato, si sollevò notevolmente, e la frequenza da 120 discese a 100. La sensazione di freddo, che pure provava per lo innanzi il malato, cessò immantinente. In contrapposto però si rinnovò il delirio, ed il paziente passò tutta la notte insonne. Nei giorni seguenti però il miglioramento si fece manifesto, e nel 1.° Maggio già l'appetito era più buono, la coscienza era ritornata, il sonno era tranquillo, e la ferita dell'amputazione aveva assunto un aspetto migliore.

Nel 5 Maggio lo stato del malato tornò a mutarsi di nuovo, si rinnovarono i vomiti ed il delirio, i polsi si fecero di nuovo piccoli e frequenti, e nel giorno 6 il collapsus era giunto a tale grado, che si stimò bene di fare una seconda trasfusione di circa 6 once di sangue defibrinato. Durante la trasfusione ritornò la coscienza, ed il malato disse, che gli giungeva qualche cosa di caldo nel petto; poco appresso si addormentò di un sonno lungo e tranquillo. Nel seguente giorno lo stato generale del malato era essenzialmente migliore, il polso era pieno e forte, l'appetito buono, le escrezioni volontarie.

Nell'8 Maggio, però, lo stato del malato si fece di nuovo cattivo, la ferita riprese un brutto aspetto, i polmoni si mostrarono infiltrati nei lobi inferiori, i muscoli di tutto il corpo si misero in contrazione tonica, e finalmente nell' 11 Maggio avvenne la morte sotto l'opistotono, e con una temperatura di 41,5° C.

In questo caso Hasse crede che le trasfusioni abbiano avuto per effetto di prolungare la vita del malato per almeno 14 giorni.

Il secondo malato, sul quale venne eseguita la trasfusione, era un uomo di circa 39 anni, che in seguito ad una suppurazione polmonare da pneumonite traumatica, era caduto nel più considerevole marasmo, e che dal 15 Ottobre 1868 non aveva più abbandonato il letto. Una trasfusione di circa 5 once di sangue defibrinato, fatta il 13 Maggio, ebbe per immediato effetto un notevole rianimamento della fisonomia del malato, e nel giorno seguente un cambiamento notevole nel suo stato generale; le forze si sollevarono, il malato potè levarsi di letto e passeggiare, l' appetito ed il sonno si fecero buoni; per altro le condizioni locali del polmone anche oggi sono sempre le medesime, e non ostante l' attuale stato di benessere, che accusa l'infermo, la prognosi non può essere che sfavorevole.

I due fatti narrati, al pari di quelli raccolti da Martin, Belina-Swiontkowski ed altri, dimostrano abbastanza, che la trasfusione presenta sicuri risultati nelle anemie di alto grado sì acute che croniche, e che una piccola trasfusione di 2 a 4 once di sangue è già sufficiente a sollevare essenzialmenle un corpo sfinito, ed a riattivare il processo digestivo. Hasse vorrebbe che la trasfusione si diffondesse ancora di più e vorrebbe che fosse posta sempre in opera anche nel collapsus avvenuto in seguito a malattie febbrili, in cui ad eccezione della debolezza estrema esistono tuttora nell' organismo le condizioni per seguitare a vivere.

---

(1) Dalla maggior parte dei medici, che si sono occupati della trasfusione, si è adoperato il sangue defibrinato; però il Dott. Rautenberg, in una sua memoria letta nella Società medica di Pietroburgo (*Die Transfusion des Blutes*), si mostra di opposto parere, e propone di adoprare il sangue non defibrinato ma mantenuto liquido con l'aggiunta del carbonato di soda. Le ragioni su cui appoggia le sue vedute sono principalmente, che il sangue defibrinato è più povero di globuli, che la fibrina è sostanza non priva d'importanza per l'organismo e che la defibrinizzazione esige troppo dispendio di tempo. Dell' istesso parere si mostra anche il Dott. Franz Gesellius (*Capillarblut - undefibrinirtes - zur Transfusion etc.* St. Petersburg 1868); alle ragioni addotte da Rautenberg egli aggiunge anche, che nella letteratura medica sono noti 13 casi di morte sopravvenuta immediatamente dopo la trasfusione del sangue defibrinato. Gesellius nella sua memoria propone anche l'uso del sangue dei capillari piuttostochè quello delle vene, perchè, dice, il primo si assomiglia di più al sangue arterioso. A questo scopo egli propone un apparecchio assai complicato risultante da una specie di ventosa, da un sifone graduato e da una cannula munita di trequarti; però, secondo noi, la complicazione dell'apparecchio sarà un giusto ostacolo a fare accettare le vedute di Gesellius.

(2) All'apparato di Martin, che offre alcuni inconvenienti, l'istesso Hasse propone di sostituirne uno più semplice e più adattato. Recentemente poi il Dott. Bresgen (*Berlin. klinische Wochenschr.* 1869, *N.* 30) ha proposto di adoprare per la trasfusione una specie di sciringa di Pravaz (*Lanzennadelspritz*) da lui modificata in modo, che mercè un sistema di robinetti si rende possibile d'iniettare quanto sangue si vuole senza rimuovere l'apparecchio dalla vena. L'istromento di Bresgen, che serve anche per altri usi, avrebbe il vantaggio di essere poco costoso, facilmente trasportabile e maneggevole, ed inoltre in vista del suo modo di adoprarsi (dovendosi infiggere nella vena come s'infiggerebbe la cannula della sciringa di Pravaz sotto la cute) si evita con esso più facilmente l'ingresso dell'aria nel torrente circolatorio, e si rende più difficile la formazione della flebite, che avviene spessissimo, quando si deve fare una più lunga incisione nella vena, il che è necessario usando gli altri apparecchi. C. B.

Digitized by Google

Ritter. — *Sulla palpazione della milza.* (Hannöv. Ztschr. f. prakt. Heilk. 1866). Schmidt's Jahrbücher N. 9, 1866.

Per l'esame della milza il palpamento ha maggior valore della percussione, cui si oppongono molteplici ostacoli, come la variabilità e la debolezza del tono in causa di costole rigide e non cedevoli ecc. L'esame si fa partendo dal dorso dell'infermo, oppure stando dalle parte superiore del letto. Gli apici delle ultime quattro dita piegate si applicano sull'ipocondrio sinistro, e si spingono leggermente contro il margine costale. Il rilasciamento dei muscoli addominali si compie secondo le regole conosciute. In caso di pareti addominali molto rilasciate come nelle femmine che hanno partorito, spesso egli è possibile di penetrare per parecchi pollici sotto l'arco costale. Non puossi ammettere un ingrandimento della milza, quando questa, sotto una forte inspirazione, non arriva fino all'arco costale. Determinata per mezzo del palpamento la sezione anteriore ed accessibile della milza, si può con certezza giudicare della posizione, della forma, della grandezza e consistenza di tutto l'organo. Una milza ingrandita, sotto una forte inspirazione, spinge dapprincipio le dita un po' davanti a sè, poscia con sensibile scossa devia e scivola sotto di esse. L'urto contro le dita è più forte a consistenza aumentata; a piccola consistenza è piuttosto come un soffregamento, a guisa di una massa gelatinosa. Applicando profondamente le dita, si può arrivare sotto alla milza, e si possono esaminarne la spessezza, la consistenza e le ineguaglianze piuttosto rare. Le pareti addominali molto floscie permettono talvolta di afferrare momentaneamente la milza colle dita.

Schneider. — *Un caso di guarigione di un aneurisma dell'arteria femorale.* — Berlin. klin. Wochenschrift N. 36, 1869.

Nella seduta del 25 Maggio 1869 della Società di Königsberg il Dott. Schneider ha comunicato il caso di un aneurisma dell'arteria femorale guarito completamente e durevolmente con l'iniezione sotto-cutanea della soluzione di ergotina proposta dal Prof. Langenbeck, cioè ergotina 2,5 gram., alcool e glicerina di ciascuno 7,5 grammi.

BIBLIOGRAFIA.

Dell'aumento della popolazione ne' manicomi, delle cure e dei rimedi. Dissertazione del Dott. IGNAZIO ZANI. Bologna 1869.

L'egregio autore distingue la sua dissertazione, come si vede dal titolo, in due parti; nella prima tratta delle cagioni, per le quali ogni dì cresce la popolazione nei manicomi; nella seconda dei rimedi da opporre a tale inconveniente.

Di queste cause, alcune secondo l'autore sono generali, come il miglioramento degli asili, i pregiudizi in gran parte vinti, che ne distoglievano dal ricoverarvi, le facili accettazioni di pretesi pazzi, e i difficili licenziamenti, la mancanza di rifugio pei poveri, e di sale d'osservazione negli ospedali civili ecc.; altre naturali e patologiche, come l'indole dei tempi che corrono, la cattiva educazione intesa ad esaltare le menti, a falsare il giudizio, e a tralignare i sentimenti, il peggioramento della moralità pubblica, i matrimoni tra consanguinei ed epilettici e tra infermi di nevropatie, gli abusi nella venere e nel vino, e la diffusione della pellagra. Tutte queste cagioni ritrovano nel pregevole libretto un dotto e savio commento. Nella parte ove si discorre dei rimedi riconosciamo non solo il medico savio, ma il cittadino amoroso e caritativo. Con una ragionevole coltivazione dei campi rilevate l'indigenza dei contadini, minacciati da pellagra; studiate i principi di questo morbo, tiranno della miseria, quando è più facile debellarlo; guardate l'educazione de' giovanetti, per i quali non si confà la vita del collegio, troppo regolare e allettatrice di viziosi costumi, nè la vita molto ritenuta, o sfrenata; nel primo caso le passioni proprie dei giovanetti represse traboccheranno stranamente nella virilità, nel secondo il languore dell'organismo sarà il frutto della vita licenziosa. La legge impedisca i matrimoni tra consanguinei, e l'autorità di cittadini amati e riveriti distorni quelli fra epilettici e infetti d'altre malattie che si trasmettono per eredità. Non si può attendere che dalle leggi e dalle società di temperanza la repressione dell'abuso degli alcoolici. Fondate asili separati di semplice osservazione per i sospetti di pazzia, e per i matti *pericolosi*: e infine fermate una società di protezione da somministrare lavoro e soccorsi ai risanati, perchè, atteso la miseria non ricadano, nei disordini mentali. Questi consigli nè dà il valente Dottore, il quale per modestia forse non tenendosi sicuro d'essere stimato competente, conforta di frequenti citazioni il suo discorso. Per questo scusabile difetto talora lo stile non corre disinvolto; mentre la parola è sempre propria, e spesso accurata la locuzione. Il Zani appartiene a quella piccola schiera, che crede non si abbia a mettere in un falò i buoni scrittori di sette secoli, per rifare una lingua da servire alla nuova Italia improntata sui decreti e i regolamenti e le lettere ministeriali, come coraggiosamente propose e stampò un bellumore.

C. F.

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 10. BOLOGNA 31 Ottobre 1869.

MEMORIE ORIGINALI

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

> Non vi sarà poi alcuno, conoscitore dei mezzi oggidì offerti dalle scienze fisiche e chimiche ad avantaggiare la medicina teorica e pratica, e della universale tendenza ad usare, e talvolta pur troppo sino all'abuso, dei mezzi medesimi, il quale, anche dubitando della reale utilità, non vegga la necessità delle indagini microscopiche e chimiche, cui diedero e daranno luogo i pellagrosi.
>
> GIANELLI. Secondo rapporto della Commissione permanente sulla Pellagra.

PREFAZIONE.

A molti dotti del mio paese, forse, parrà che io abbia fatto prova di opera inutile e superba nel volere, di nuovo, por mano ad un argomento, che per tanto tempo e da tanti abili ingegni fu pertrattato; e peggio poi nell'esser disceso a conclusioni spesso opposte a quelle che correvano, se non in Europa, certo fra una gran parte di quegli scienziati compaesani, che più si occuparono della pellagrologia.

Se non che io faccio a fidanza sulla troppo nota lealtà loro, sul loro amore all'uomo e alla scienza, che più in essi potrà dell'amor proprio. D'altronde, i risultati a cui venni, anche quelli più in apparenza contrari alle loro premesse, sono in fine null'altro che il frutto della loro medesima opera, la trasformazione, direi, del movimento impresso a questi studi dal loro impulso. Tale è la condizione della povera scienza umana, che le ricerche, in una data epoca, per quanto paiano divergere dalla linea d'inizio, non riescono poi che a continuarla; condizione, che ci fa simili a quei soldati, che formano col proprio cadavere ponte al passaggio dei loro compagni.

Se non che qui ci corre un'altra differenza: chè se io riesciva a sollevare qualche lembo sottile della fitta cortina, che ci nasconde la soluzione di quel triste problema, io lo debbo, oltrechè ai preziosi lavori degli antecessori, ad una eletta schiera di clinici, che mi prestò un aiuto tanto benevolo come possente, - e fra questi basti per ora nominare Namias, Verga, Gianelli, Mantegazza, Cipriani, Zani, Ballardini, Michelacci, De Giovanni, Ceccarelli, Dalla Rosa, Marenghi, Cambieri, Vielmi, Golgi, Bizzozero, Manzini, Urgnani, Manfredi, Meneghetti, Cella, Trasiera, Flarer, Gaiter, Trompeo, Scarenzio, Ridella, Casali, Bottagisio, Avancini, Forlanini, Cavagnis, Guangiroli, Peroni.

Essi mi indrizzarono alla ricerca dei malati, essi tentarono le nuove cure, nelle sale ospitaliche e nei contadi, mi iniziarono e mi sorressero nelle analisi chimiche e nelle ricerche micrografiche, mi comunicarono osservazioni cliniche e necroscopiche; sicchè piuttosto che mio, questo potrebbe ben dirsi loro lavoro.

Quanto all'obbiezione che il tema sia stato così esaurito, da non lasciar luogo ad altre feconde ricerche, oh! a questa non occorre, nemmeno, rispondere.

Basta soltanto leggere nel classico libro di Roussel la triste conclusione - che *della terapia e patologia della pellagra nulla ancora si sa;* meglio ancora, basta percorrere le campagne di Caprino e di Rivoli, ridivenute selvaggie in gran parte, perchè la pellagra ha sfiacchite e spente le braccia che le coltivavano. Ivi, poggiato sulla comoda teoria dominante sull'eziologia e sulla cura della pellagra, il medico scuote, tristamente, le spalle innanzi al pellagroso, che nel richieda di aiuto, e lo rimanda alla mercè di una pietà, spesso problematica, provvisoria sempre. Ivi, perfino il malato medesimo, ancor più persuaso della impossibilità di ogni soccorso, lascia, con disperata apatia, percorrere il morbo fino allo stadio letale, e trapiantarsi nella infelice sua prole. Chi ha veduto tutto questo, oh! quegli può dire, che il tema della pellagra fu appena sfiorato, che esso fu troppo dimenticato, anzi, in un'epoca, che si vanta, spesso con poco diritto, tutelatrice dei popolari interessi. Quegli non è vero uomo che sente, se non cerchi, con tutte le sue forze, di porvi rimedio, anche a rischio e pericolo di sentirsi mordere, disotto alle calcagna, da quegli infelici, che riguardano come una propria offesa ogni tentativo men che ingeneroso degli altri.

Digitized by Google

PARTE PRIMA

EZIOLOGIA DELLA PELLAGRA

SEZIONE PRIMA

I veleni del maiz.

La confusione più grande regna anche tra i più illustri scienziati intorno alle varie malattie, che affliggono il maiz, e indirettamente, quindi, anche noi. Io ho veduto perfino fisiologi, perfino botanici illustri, confondere lo *sporisorium* coll'*ustilago* o *carbone* del maiz. Che confusione poi debba esservi su questo argomento nei medici, delle sottigliezze botaniche così poco curiosi ed amici, è inutile il dirlo. Perciò ho creduto, che in un lavoro sulla causa e la natura della pellagra non si potesse far a meno di scrutare con qualche minuzioso esame ciascuna delle malattie più importanti del maiz, soprattutto quelle, che più direttamente, per la loro diffusione, possono influire sulla pubblica salute.

§ I. — Carbone del maiz.

Carbone del maiz - gozzo del frumentone - ustilago maidis - coeoma maidis - uredo carbo (De Candolle) - coeoma ustilago (Linneo).

Genere. — Sporis atro fulgineis, levibus, globosis aut ellipsoideis.

Specie. — Sporis exacte sfericis, fulgido atris; minute verrucoso echinatis.

Tulasne. Ann. des Sciences natur. 3. serie, 1847, pag. 79.

È quella particolare malattia, che assale gli steli, le foglie, e i semi del maiz, soprattutto nei terreni umidi. La parte assalitane si gonfia, assumendo la forma di un tumore rotondo conoide, di color bianco, rossastro, violetto, o cinericcio, del volume che varia da un pisello fino ad un arancio. Giunto a maturità lascia sfuggire una materia pulverulenta, leggiera, nera come la fuligine, insolubile nell'acqua, d'un sapore dolciastro, d'un odore di muffa, che al fuoco s'infiamma, dando una viva luce, che dall'analisi chimica del Bonafous risultò composta come segue:

Una materia analoga alla fungina, che ne costituisce la base - materia azotata, solubile nell'acqua e nell'alcool, analoga all'osmazoma vegetale - materia (azotata?) solubile nell'acqua e non nell'alcool - materia grassa - piccola quantità di cera - materia coloratrice bruna - un acido organico libero, in parte combinato a potassa e forse a magnesia - fosfato di potassa - cloruro di potassio - solfato di potassa - sottofosfato di calce - un sale a base ammoniacale - magnesia - calce indubbiamente combinata ad un acido organico - ferro.

Da molti si crede che questo carbone sia una sostanza perfettamente innocua. Il Bonafous asserisce d'averne dato a mangiare ad animali domestici senza il più piccolo danno. Imhof, che ne trattò di proposito al suo trattato: *De uredine maidis* (1), scrive, anch'esso, di non aver osservato alcun danno dal suo uso negli animali e sopra sè stesso, meno alcuni rutti, benchè ne prendesse un grammo al giorno.

Io, invece, avendolo esperimentato sopra me, e sopra 15 individui, ho notato una serie di effetti non solo medicamentosi, ma tossici. Alla dose di 4 grammi in polvere, e di 6 grammi in tintura, la quale riesciva di un sapore squisito, esso produsse vomiti, pirosi, rutti, fame eccessiva, borborigmi, enteralgie, diarree. In alcuni individui produsse anche un dolore alla regione frontale, ai lombi, stanchezza nelle gambe, peso nella vescica, movimenti dell'utero, sforzi ad urinare, effetti che s'avvicinano in parte a quelli della segala cornuta.

Un gattino nero del peso di 400 grammi, a cui io somministrai due grammi di questa polvere con carne cruda triturata, la prese volentieri. Nella prima ora non diede segno di malessere, anzi incitato ne prese un altro grammo; dopo due ore resta triste e immobile, dà segno di sofferenza, non vuol più prenderne. In capo a 6 ore vomita materia nera, è preso da scariche diarreiche, che durano 3 o 4 giorni; - singolare poi era la copia delle orine, che emise per sei giorni di seguito.

Un coniglio del peso di 710 grammi, dopo la somministrazione di un grammo di quest'ustilago è preso da vomito e diarrea, e in due giorni perdette 90 grammi di peso.

Una cavia, che fu sottoposta all'uso di un mezzo grammo di carbone del maiz, fu presa da vomito e diarrea, e dopo otto giorni morì: si trovarono splenizzati i polmoni, congestione alla sostanza midollare dei reni e della porzione superiore dei condotti falloppiani.

Da questi dati abbiamo abbastanza per concludere, che il *carbone del maiz* è nocivo, e che la azione sua si esercita soprattutto sul tubo intestinale e sul sistema, o almeno, parte del sistema urogenitale.

Ma per quanto sia comune questa malattia del maiz, essa non può essere di vero danno al popolo, se non quando esso venisse a bella posta e con malizia adoperato, perchè è sempre abbandonato sul campo, e non viene messo a parte del raccolto: e quindi quanto all'argomento della pel-

(1) De ured. maidis. Specimen. phis. medic. 1780.

Digitized by Google

lagra la sua azione tossica non ci interessa se non per constatare, che anche questo morbo del maiz non è privo di azione venefica sull'organismo.

§ II. — Sclerotium maidis.

Lo sclerotium maidis, tempo fa classificato fra le Licoperdiacee, è una produzione analoga allo sperone della segale, e domina soltanto nelle terre calde della Colombia. Esso è un tubercolo di 2 a 5 millimetri di diametro, sopra 5 ad 8 di lunghezza, innestato sopra il grano, di cui forma come un prolungamento di color lividastro. Non esala un odore particolare. Siccome però da noi è affatto sconosciuto questo male, così poco sarebbe importante conoscerne gli effetti, se non perchè vediamo un altro morbo del maiz capace di produrre gravi effetti sull'economia animale ed in forma epidemica. Il Mantegazza lo vide in America usato come sostitutivo della segala cornuta.

Inghiottito cogli alimenti, fa cadere i denti ed i peli. Ai porci produce una paralisi degli arti inferiori. Ai cavalli, ai muli, fa cadere il crine e le unghie, che però poco dopo si riproducono. Le scimmie e i pappagalli ne diventano ubbriache, e poi muoiono, come pure i cervi, che se ne pascono lungo la notte. Per tali effetti questo grano si dice *peladero* (Roulin).

§ III. — Sporisorium maidis.

Lo sporisorio del maiz o verderame del maiz si presenta nel grano appena raccolto e riposto nei granai; esso attacca, di preferenza, il fromentone grande, autunnale, *zea mays autumnalis*, *vulgaris*, e il quarantino, *zea mays precox*.

Si manifesta con una macchietta, di color verderame chiaro, nel solco embrionale del grano; questa macchietta traspare al dissotto dell'epidermide corrispondente, la quale non è raggrinzata, come all'ordinario, ma inturgidita.

Rimossa quella cuticola si trova un ammasso di sottilissimo pulviscolo, color verderame, di sapor acre, amaro.

Esaminata al microscopio questa polvere, la si vede constare di globetti minutissimi, eguali fra loro, sferici, diafani, lisci, ma che si separano collo strofinio, e sono misti a rari filamenti (vedi Fig. 1.ª, Tav. 1.ª).

Dal barone Cesati questo miceto venne classificato per una specie nuova del genere *sporisorium* — *sporisorium maydis*, *sporidiis aeruginosis*, *minimis*, *aequalibus*, *sero erumpentibus* - analoga a quell'altra specie di fungo, che appunto in Egitto attacca un altro cereale, il *sorgo*.

Secondo un'analisi chimica grossolana, consterebbe di stearina, resina, albumina, acido fungico, sostanze azotate fluide e materia colorante rossa.

Il Ballardini, che primo avvertì e col Cesati denominò questo fungo, accenna averlo prodotto, artificialmente, esponendo all'umido un sacchetto di maiz appena raccolto. Provocò con esso esperienze nell'uomo, e notò bruciori alle fauci ed all'esofago, ritardo nella digestione, malessere che migliorava col cibo, diarrea. Nei polli assoggettati a questo maiz fungoso notò dimagramento, spennacchiatura, apatia.

Secondo le esperienze del Lussana questo fungo produrrebbe, iniettato nelle vene degli animali, coagulazione del sangue, miosi pupillare, paralisi specialmente delle estremità posteriori precedute da convulsioni, diarrea, paralisi cardiaca acuta, apatia e quasi insensibilità.

Contadini, che ne mangiarono, sentirono debolezza alle gambe, peso del capo, diarrea, che cessava col cessare dell'uso di questo maiz avvelenato (Lussana. Della pellagra, 1859, pag. 28).

Queste esperienze provano senz'alcun dubbio, essere lo sporisorio nocivo, e come il *carbone*, come lo *sclerozio*, produrre una serie di mali, che fino ad un certo punto si avvicinano alla pellagra.

Tuttavia io credo inverosimile che ad esso solo si possa riportare la causa della pellagra:

1.° — Perchè esso è un fungo assai poco comune; esso è anzi tanto raro, che io avendo percorsa, terra per terra, tutta l'alta Lombardia, non rinvenni altri esemplari che quelli raccolti da due illustri botanici, il Balsamo Crivelli, che ne avea trovato in Brianza, ed il Prof. Garovaglio, che ne avea 2 o 3 grani custoditi, gelosamente, nel prezioso suo erbario.

Pochi grani raccolti da me nel Cremonese contenevano, sì bene, delle granulazioni sospette, ma non il vero miceto. — Lo stesso illustre Ballardini dopo un'annata piovosa come quella del 1868, che era favorevolissima alla produzione del fungo, non me ne potè procurare un solo esemplare dalle terre Bresciane, e nessun esemplare potei procurarmene dal Cesati nè dal Michelacci medesimo, che di questo argomento si occuparono ed occupano con tanto zelo ed acume. E a Brescia distinti botanici mi dissero averlo trovato rarissime volte. — Ora un'alterazione del maiz, che deve causare una malattia così diffusa come la pellagra, bisogna sia diffusissima essa stessa, e non può essere una rarità da gabinetto.

2.° — L'alterazione suddetta non si approfonda (come vedremo succedere del grano fermentato) in tutto il corpo del grano, quindi, e più facilmente si può togliere, e meno può danneggiare.

3.° — Non è difficile ad ammettere, che l'illustre esperimentatore sullodato confondesse questo raro fungo con altri più comuni, quando si pose a fare indagini non più botaniche ma fisiologiche, non prendendosi la briga di esaminare di nuovo al microscopio uno ad uno i grani che esperimentava.

4.° — Questo io tanto più sospetto, perchè imi-

Digitized by Google

tando il sistema di Ballardini (d'esporre all'umido un sacco di grano fresco), ottenni un morbo del grano, che credeva io pure una specie di sporisorium, e che invece fu dai botanici Gibelli e Cesati, e dallo stesso Ballardini, definito: grano fermentato con penicillum glaucum.

5.° — Lo sospetto anche, perchè il Lussana, che pur molto visse in campagna, e quindi era testimonio oculare dei danni del maiz, non fa distinzione veruna dal grano *verderamato* al *sobbollito* o *tocco* (Sulla pellagra 1859, pag. 80), evidentemente confondendo in una queste due diverse malattie del grano; e più, egli stesso ripete, esser frequentissimo, in tutti i granai, questo morbo, che invece io vi trovai rarissimo.

6.° — L'errore ha tanta maggior probabilità di esistere, ed è giustificato in quanto che all'aspetto esterno è facile confondere il *penicillum glaucum* collo *sporisorium* maidis, tanto che non solo il popolo vi cade, ma anche illustri scienziati: un grano asserito *verderamato* da un egregio botanico, fu trovato constare di solo penicillum dal Prof. Gibelli. — Di più, molti moderni botanici sospettano, che lo sporisorium non sia un vero fungo, ma uno stato di passaggio di altri, e forse dello stesso penicillum.

Io non ho potuto, grazie alla difficoltà di averne a disposizione una certa quantità, istituire esperienze collo sporisorium maidis. — Non ne nego, però, la possibile dannosa influenza: ad ogni modo, vista la grande sua rarità, nego, assolutamente, che questo morbo del maiz possa essere causa esclusiva della pellagra.

§ IV. — Maiz fermentato col penicillum glaucum.

Una malattia, invece, frequentissima, della quale potei raccogliere più di 20 esemplari, che si trova in qualunque magazzino grosso di grano, di cui dopo le recenti inondazioni (1) trovai affetto il raccolto di tutto intero il circondario per es. di Pieve di Porto Morone, e che io potei ottenere, artificialmente, ogni volta che esposi una certa quantità di grano in un luogo molto umido, è quella del grano fermentato, detto nei dialetti Italiani grano *scagn*, *padul*, *muffito*, *patì*, *sobbollì*, *verdet*, *buttà*, *arbollì*, *smaserido*, *romatico*, *mofflet*.

Una causa diffusa di questo morbo è la grandine che colpisce (*tocca*) i grani. Un'altra il turbine, che atterra gli steli colle pannocchie immature. — Ma la più comune causa di questo morbo è nell'epoca ordinaria del suo raccolto, che coincide quasi sempre in istagioni piovose, nell'accumulo, in quell'epoca, nell'aia. Se piove, lo strato centrale ed inferiore, che tocca il terreno, e non subisce l'azione essicatrice dell'aria, come quello degli strati superiori, si ammuffisce.

Lo stesso accade nei granai, quando vi filtri l'acqua, od anche, senz'altra causa che l'azione dei calori eccessivi del Luglio. In quell'epoca tutti i grani soffrono una *fermentazione*, - bollono, come dicono i mercanti, ma più di tutti, il *maiz*. La fermentazione prodotta dal caldo migliora, od almeno non guasta il maiz, quando questo sia stato messo nel granaio già stagionato e secco, e quando esso vi si possa ravvoltolare ed aereare, - ma lo guasta, e lo ammuffisce, se introdottovi fresco, od umido, o se non si possa fargli prender aria, o se il granaio non sia al riparo dai grandi caldi.

A detta di alcuni osservatori di Rovato e Villanterio, qualcosa di simile nasce poi nella farina di maiz impastata in quel così detto *pangiallo*, sia perchè pochissimo se ne cuoce la farina, sia perchè per risparmiare la spesa ed il perditempo della cottura si fanno pani grossi, che durano 10 a 14 giorni. Io certo ho osservata la facilità del pangiallo ad ammuffire anche dopo 8 giorni, ma non potei studiarne, diligentemente, l'azione.

Grossolanamente esaminato, il grano ammalato si presenta colla corteccia spesso screpolata, ovvero raggrinzata e di color d'oro falso, senza, cioè, il solito splendore, spesso colla radichetta sviluppata, annerita; di più quasi sempre presenta esso macchie superficiali, bruno-nere o verderameiche, dovute a delle cellule riempite di granulazioni bruniccie, verdastre, fuligginose, che si rinvengono sotto i tegumenti, esaminandole al microscopio. — Sotto i medesimi tegumenti si scorgono sempre dei filamenti miceliali, rudimenti di un fungo che sta per svilupparsi, e che è per lo più il penicillum glaucum. Qualche volta questo grano ha l'aspetto ordinario, meno che in qualche punto esterno presenta erosioni, donde si penetra in cavità ricoperte da muffa, che si riconosce per lo stesso *penicillum glaucum*, - *micelio intrecciato a filamenti septati*, *dai quali sorgono dei peduncoli portanti alla loro estremità numerose catenelle di sporicine a guisa di fiocco*, *che si disgiungono vicendevolmente sparpagliandosi* (V. Fig. 2.ª, Tavola 1.ª). — A queste si deve il polviscolo verde-glauco, che notasi in moltissimi grani, e che non resta libero alla superficie, ma penetra all'interno. In molti grani, evidentemente, la comparsa del fungo fu preceduta dall'erosione prodotta dall'*acarus farinae*, che vi si trova frequentissimo, e vi si può scorgere, con un po' di attenzione, spesso anche ad occhio nudo, in grazia della sua mobilità.

Veduta al microscopio la farina, che risulta dalla macinatura di questo grano, non differisce dalla normale, che per la presenza di numerosi filamenti od ifi, e, nelle stagioni calde, pella presen-

(1) Scriveva nel 1868.

Digitized by Google

C. Lombroso - Sulla pellagra. Tav. I.

Fig. 1.

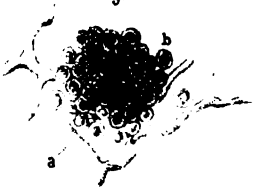


Fig. 2.

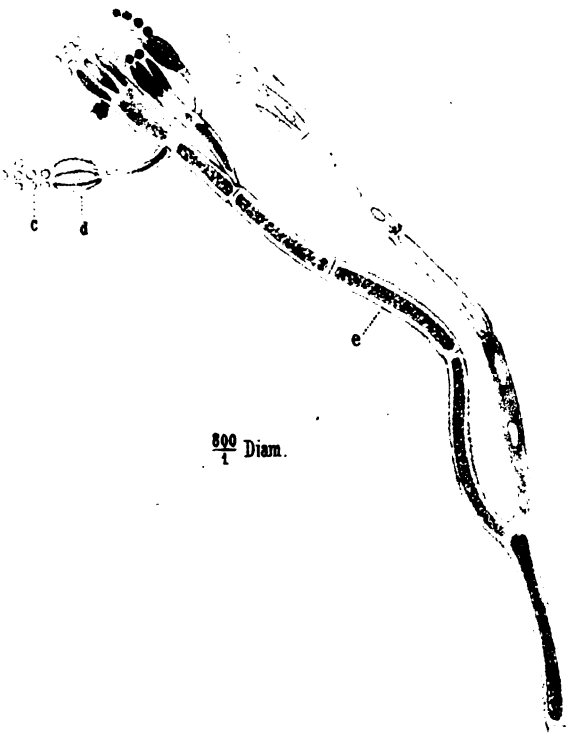


Fig. 1.
Sporisorium maidis
a ..... ifi
b ..... spore

Fig. 2.
Penicillum glaucum maidis
c ..... spore
d ..... basidii
e ..... ifi

O Nannini lit.° Prof. Gibelli dis.° Lit. F.co Casanova.

Digitized by Google
UNIV. OF MICH.

Digitized by Google

za del cryptococcus cerevisiae, appena si lasci in soluzione nell'acqua qualche ora.

Macroscopicamente subito si differenzia, perchè presenta un color giallo sbiadito, qualche volta bruniccio grigiastro, - odore leggero di muffa, - sapore amaro, aromatico, qualche volta acre.

I mercanti riconoscono, a primo colpo, il maiz sano da quello in incipiente ammuffimento dal non esalar (quando sia leggermente riscaldato colle mani) questo ultimo il noto odore di polenta cotta, che esala il primo.

Cinque sono le serie d'esperienze, intraprese per studiare l'azione sull'organismo di questa specie di malattia del grano.

1.ª — *Esperienze sulla digestione degli albuminoidi.*

Nel 20 Giugno, temperatura 25 R., raschiai la mucosa dello stomaco di quattro grosse rane, la triturai minutamente in un pestello, e scioltala in sedici centimetri cubici di acqua distillata, la distribuii in parti eguali in 4 calici, in ciascuno dei quali posi un cubetto d'albumina coagulata, dello stesso peso e volume.

In due calici aggiunsi 50 centigrammi di polvere di grano ammalato.

Nei due primi (quelli senza polvere di maiz ammalato) il giorno 21 (dopo 24 ore) il cubetto era completamente disciolto. Nei due secondi il giorno 21 il cubetto d'albumina non era che leggermente intaccato; il giorno 22 la superficie del liquido era coperta di filamenti micetoidi, sotto ai quali trovavasi il cubetto d'albumina allo stato di prima.

Il giorno 30 Giugno, preparai una soluzione di 9 centim. cubici di succo gastrico estratto da un cane, nel quale s'era praticata 6 mesi prima una fistola nello stomaco. La distribuii in tre bicchierini, in ciascuno dei quali posi un cubetto d'albumina coagulato.

Nel primo bicchiere posi circa 50 centigr. di farina di maiz sana. In un secondo bicchiere posi 50 centigr. di puro penicillum glaucum del maiz. Nel terzo 50 centigr. di farina del parenchima del maiz avariato.

Dopo 68 ore nel bicchiere colla farina sana il cubetto d'albumina trovavasi intatto. Il liquido presentava reazione decisamente alcalina, e al microscopio rilevavansi molti vibrio-bacilli, molte monadi ed altri infusori inferiori.

Il bicchierino col penicillum glaucum presentava una reazione leggermente acida, e l'albumina era appena intaccata.

Nel terzo con maiz avariato la reazione era acidissima, e il cubetto d'albumina era completamente ridotto. Il liquido conteneva molti infusori cigliati, monadi, colpodi, e criptococcus cerevisiae, e cellule di fermento.

Un'esperienza simile, tentata per tre volte di seguito in boccettine smerigliate ed esposte a moderato calore, non diede alcun risultato differenziale; ciò che, unito alla contraddizione evidente tra le prime e le seconde esperienze, mi fece smettere da questo lato la speranza di conoscere l'azione speciale di questo fungo sulla digestione degli albuminoidi.

2.ª — *Esperienze sugli animali.*

Un'altra serie d'esperienze si fecero sugli animali. — Quattro ratti bianchi (mus decumanus albus) vennero sottoposti, in 2 piccole gabbie, all'uso del maiz ammuffito dall'8 Maggio. Oltre il maiz avariato, ogni tre giorni concedea loro due oncie di carne di manzo o di rana.

Dapprima essi mangiavano il grano avariato con avidità; ma dopo 20 giorni cominciarono a lasciarlo da parte, a scegliere il grano meno malato, e del malato, mangiare il parenchima e non la buccia, gettandosi invece avidamente sulle carni, appena gliene offriva. — Al 3 Giugno osservai che si movevano con minore vivacità, che emettevano un puzzo particolare, simile a quello dei ratti grigi. — Al 5 Giugno uno di questi si mise a fare continui movimenti di lateralità col capo, a modo degli orsi. Più tardi le zampe posteriori restarongli rattratte, come fossero anchilosate. Cercava continuamente di bere; emetteva feci liquide e puzzolenti; non mangiava più nemmeno la carne di rana, che io gli offriva. — Il 15 Giugno morì, senza che la sezione abbia potuto rilevare nulla d'importante. — Al 17 Giugno un altro ratto fu preso dalla retrazione degli arti posteriori, e dal movimento di lateralità col capo; emetteva, però, feci indurite, e mangiava, con avidità, carne di rana. — Al 21 gli cadono parecchi peli del dorso, cosicchè vi traspare, sotto, la pelle rosea. Da quel giorno si rifiuta al cibo, beve continuamente, e muore, al 28, in istato di straordinaria macilenza. — I due altri ratti sopravvissero fino al Novembre, mangiando esclusivamente grano turco avariato, e morirono, per essere stati esposti al freddo, di congestione polmonare.

Quattro altri ratti bianchi furono dal Maggio 1869 in poi alimentati con grano marcito esclusivamente. Essi dimagrirono alquanto, il loro pelo divenne rossastro, ma una di essi potè concepire e partorire 4 rattini, che però andarono a male. — Uno solo, nel mese di Luglio, sofferse contrattura delle zampe posteriori; nessunn offerse diarrea, nè morì.

Un coniglio del peso di 850, ed altro del peso di 900 grammi, vennero dal 14 Marzo 1868 nutriti di solo maiz marcito. — Il primo morì il 6 Giugno, dopo perduti 122 grammi di peso. Gli si rinvenne adiposo il fegato. — Il secondo il 10 Giugno, avendo perduti 350 grammi, morì dei soliti psorospermi.

Un gallo del peso di 500 grammi fu nel 1868 nutrito per 2 mesi di grano buono, e crebbe di 900

Digitized by Google

grammi. — Il 3 Giugno gli si diede solo maiz avariato. — Il 21 Giugno cominciò a non volerne mangiare, e si trovò calato di 160 grammi di peso, e parve come inferocito e pauroso. — Il 26 Giugno ebbe vomito, feci liquide. — Il 29 Giugno perdette 220 grammi di peso, si muoveva barcollando come un ubriaco, spesso cadeva a terra. — Il 10 Luglio dimagramento grande, 300 gr. di peso in meno. — Sezionato nulla si trovò d'anormale; le penne non erano cadute.

Somministrai il 2 Luglio 1869 a 3 polli bianchi, pesanti 1650 grammi del maiz marcito, ed a 3 altri, del peso di 1670, altro maiz marcito bollito nella calce e poi arrostito, a 3 altri, del peso 1790, maiz sano. — Questi ultimi al 30 Luglio pesavano 1900, al 31 Agosto 2400; avean rossa la cresta, erano vivacissimi e domestici. — I polli del maiz calcificato ed arrostito lo mangiarono con ripugnanza, soffersero un poco di diarrea, e al 31 Luglio avean perduto 270 grammi di peso; al 29 Agosto però erano ancora vivaci e colla cresta rossa.

I polli del maiz marcito al 30 Luglio aveano perduto in peso 520 grammi, ebbero diarrea, sete continua, mostravansi tristi, feroci, colla cresta giallastra, inclinata sul capo. — Al 1.° Settembre in due di questi polli la pelle era divenuta tutta gialla e scoperta e denudata per la caduta delle penne al collo e al groppione; anche le penne maestre erano spiumate, sfilate e abbassate, come nei polli bagnati. Camminavano male sulle gambe, e cadevano, ad ogni passo, a sinistra, col capo a terra come per accesso paralitico, si rifiutavano al cibo, e morirono, l'uno al 2.° l'altro al 4 Settembre. — Non trovammo nulla di anormale alla sezione meno eccessiva magrezza.

Due polli giovani, pesanti 1260 grammi, vennero dal 2 Ottobre 1869 sottoposti all'uso del maiz marcito interrotto, con 2 oncie di carne vaccina cotta. — Al 5 Novembre erano dimagrati, diminuiti di 310 grammi e l'uno di essi appariva spennacchiato, paresico, colla cresta abbassata, e pallida - l'altro solo parve inferocito, magro, colla cresta pallida ed abbassata.

A me dopo queste esperienze riesciva strano, come l'industria agricola continuasse a servirsi del maiz marcito per l'ingrasso del bestiame. Ne richiesi a molti massari: molti mi risposero senz'altro, che se ne trovavano bene; - molti mi dissero invece, che i buoi ed i porci adulti morivano di fame piuttosto che mangiarne, che ai porcellini essi lo somministravano qualche volta, ma misto al buono, e non per ingrassarli (chè anzi dimagravano) ma per tenerli, con poca spesa nei primi tempi, in vita nell'inverno, sino all'aprirsi dell'abbondanza del foraggio. Altri mi dissero che il danno effettivo della somministrazione del maiz marcito era diminuito dal darne sempre in mescolanza al buono, e dalla usanza della purga, ossia di certe erbe fresche, che fan prendere a quegli animali, che per qualche tempo fecero uso di quel cibo avvelenato. — Un'ostessa di Pieve poi mi diede una dilucidazione ancora più interessante. Essa avea trovato sconveniente, economicamente, il dar *maiz marcito*, *anche se misto al buono*, alle sue pollerie, « prima perchè » dimagravano, e qualche volta morivano all'im- » provviso; poi perchè le loro carni putivano di » *sterco umano*, onde gli avventori le respingevano » come se fossero putrefatte. La pratica, diceva » essa (e questo mi spiega le contraddizioni ac- » cennate) del dar maiz marcito ai polli, non può » convenire alle massaie, che devono, come io, » mangiarne e darne da mangiare, ma sì bene » solo a quelle, che li tengono per rivenderli al- » altrui, e per poco tempo. »

L'uccisione dunque dell'animale, o la sua vendita, sottrae spesso all'osservazione non sempre acuta della massaia molti degli effetti tossici di quel cibo. E così mi restò spiegato l'enigma, e sciolta la contraddizione fra i vari rapporti, con questa notizia, per giunta, che quando i massari non trovavano conveniente o possibile dare quel maiz alle bestie, poco cristianamente obligavano a cibarsene i loro sciagurati famigli. — « È vero, mi dis- » sero, che, con quel triste cibo, e' lavorano meno, » ma, tant'è, han sempre famiglia grossa, e *l'uno* » *lavora per l'altro!!* e bisognerebbe ad ogni modo » mantenerli tutti! »

3.ª — *Esperienze sull'azione primaria del maiz fermentato sull'uomo, somministrato una volta sola.*

Se non che per risolvere il problema sulla origine di un morbo essenzialmente umano, occorreva fare le sperienze e le osservazioni più che sugli animali, sull'uomo vivo e sano, e questo appunto io intesi eseguire in tre modi:

Nel mese di Aprile 1868 somministrai sei grammi di tintura di maiz fermentato a 28 individui, 16 uomini e 12 donne, giovani da 20 a 36 anni. (Devo i più vivi ringraziamenti, fra i molti, ai bravi medici Cavagnis, Furlanini, Bettoni, Golgi, Manfredi, Stefanini, che cooperarono, con singolare abnegazione, a queste poco piacevoli esperienze). Tutti, bene nutriti e robusti, appartenevano, meno otto, alle classi colte e cittadine. L'alcoolatura del maiz fermentato, macchiato dal *penicillum glaucum*, si era ottenuta colla mescolanza di due parti di farina di maiz fermentato, quattro di alcool, e una di acqua distillata.

Gli effetti prodotti da questa somministrazione, ho voluto riassumere nella seguente tabella per maggiore brevità e commodo:

Digitized by Google

Tabella degli effetti dell'alcoolatura di maiz fermentato

EFFETTI	Maschi	Femmine	Totale	EFFETTI	Maschi	Femmine	Totale
Rutti	9	8	17	Intelligenza più limpida	2	1	3
Indebolimento muscolare	9	5	14	Dolore alla regione lomb. p.	1	1	2
Nessun effetto	6	5	11	Vivo bruciore al marg. palp.	1	1	2
Sonno	3	8	11	Dolore alla nuca	1	1	2
Indigestione	1	7	8	Stitichezza	1	1	2
Diarrea	2	5	7	Gusto metallico in bocca	2	—	2
Sensaz. dolorose allo stomaco	4	2	6	Sudori profusi	2	—	2
Nausea, vomito	1	4	5	Fitte alla regioue cardiaca	2	—	2
Dolori muscolari	2	3	5	Vertigine	1	1	2
Costriz. e bruciore alle fauci.	4	1	5	Odontalgia	1	1	2
Confusioni d'idee	4	1	5	Eruzione alla pelle	1	—	1
Sensaz. di calore alla testa.	1	4	5	Prurito allo scroto	1	—	1
Cefalea frontale	3	2	5	Vista torbida	—	1	1
Voracità aumentata	2	2	4	Fracasso agli orecchi	—	1	1
Insonnio	2	2	4	Senso di benessere	1	—	1
Enteralgia	1	3	4	Bruciore all'ano	1	—	1
Sete viva	1	2	3	Diminuz. del peso del corpo.	3	—	3

Chiaro è che l'azione principale dell'alcoolatura di maiz si manifesta sulle prime vie, e specialmente sul ventricolo, d'onde i rutti, le enteralgie, le indigestioni, le diarree, le stitichezze, le nausee, i dolori gastrici, bruciori alla faringe, sete, bruciore all'ano. È curioso, che mentre molti provavano un senso di sbarra, o di un corpo pesante all'epigastrio, e provavano schifo degli alimenti e indigestione; altri dicevano invece, che trovavano facilitate le loro digestioni, e per esprimermi alla lor guisa, che quell'acqua *faceva passare il cibo.* Una donna soggetta freguentemente a pirosi, diceva di essersi sentite men dolorose le digestioni dopo d'aver prese due delle dosi d'alcoolatura maidica.

Dopo i fenomeni delle prime vie, viene a risentirsene in prima linea il sistema muscolare, d'onde il senso d'indebolimento muscolare, i dolori ai muscoli, i gastrocnemi in ispecie, e i dolori alla regione lombare.

Di poi il sistema nervoso propriamente detto, d'onde il sonno, la cefalea, la vista torbida, l'insonnio, la confusione d'idee, il dolore alla nuca, l'odontalgia, la vertigine, il fracasso agli orecchi; sensazioni però queste ultime tre, avvenute in uno scarsissimo numero di individui esperimentati: e anche qui giova il notare la singolare contraddizione fra molti che accusavano una confusione d'idee, un senso singolare di malessere, e la sonnolenza, e alcuni pochi che provavano fenomeni perfettamente contrarii, insonnio, intelligenza più limpida, e senso di benessere generale.

Vengono infine gli effetti su alcune mucose e sulle cute; come bruciore alle palpebre, alla faringe, come le eruzioni, il prurito, i sudori, e ultimi infine alcuni effetti sul cuore.

Riassumendo in cifre: quelli sul sistema nervoso 42, quelli sul sistema muscolare 21, sulla cute 4, sul cuore 2.

Parecchi di questi fenomeni, e specialmente il prurito allo scroto, il bruciore alle palpebre, l'indebolimento nerveo-muscolare, la cefalea, il dolore alla nuca, vennero annotati 12 a 24 ore dopo la presa del veleno. Per dare un'idea della successione cronologica dei sintomi, gioveranno queste tre note.

F..... studente d'anni 19, soggetto a cefalee, del peso di 61 chilogrammi, polso 70; dopo l'ingestione di sei grammi d'alcoolatura non risente che un senso di benessere particolare. Il secondo giorno ad una seconda dose non avverte sulle prime ore che un po' di bruciore allo stomaco. Dopo quattro ore accusa rutti, costrizione alle fauci, bisogno di deglutire. Dopo 12 ore cefalea, che cede dopo 24 ore. Nella notte insonnio, diarrea, polso 84. Dopo 24 ore grande indebolimento muscolare, perdita dell'appetito, e diminuzione del peso di un chilogrammo e 700 grammi. Dopo 60 ore i fenomeni tutti erano scomparsi, ma le feci continuavano ad essere liquide.

St....., d'anni 26, robusto, non mai soggetto ad alcuna malattia, del peso di chilogrammi 58, polso 65, due ore dopo l'ingestione del veleno accusa enteralgia, rutti, diarrea; 6 ore dopo cefalea; 13 ore dopo stanchezza alle gambe, stiramento alle braccia, calore al capo e sonnolenza; 20 ore dopo. il peso del corpo era diminuito di 800 grammi, il polso 68, la testa era libera, ed egli non conservava altro disturbo, se non delle frequenti eruttazioni.

C..... giovane delicato, soggetto ad affezioni cardiache, intelligentissimo, del peso di 68 chilogrammi, polso 76, accusa appena presa la dose maidica un senso di benessere. Dopo 6 ore il polso

Digitized by Google

era aumentato a 80; provava cefalea, sbarra allo stomaco, rutti. Dopo 12 ore, cefalea con ottundimento delle facoltà intellettuali, che perdurò 48 ore. 24 ore dopo l'ingestione comparve la diarrea, che durò 4 giorni, e che gli diminuiva il peso del corpo di un chilogrammo e 200 grammi.

Si sarà notata la singolare contraddizione tra alcuni gruppi dei sintomi, per es. insonnio e sonnolenza - diarrea e stitichezza - confusione e lucidezza d'idee ecc. contraddizione, che vedremo riprodursi anche nel campo della pellagra.

Si sarà notato come molti individui, 11 sopra 28, non accusassero la più piccola azione del veleno; fra questi devo poi rimarcare un giovane bergamasco, abituato agli alcoolici, di ottusa sensibilità, che ne ebbe a prendere 150 grammi in una volta senza accusarne il più piccolo effetto.

4.ª — *Esperienze sull' azione del maiz fermentato, somministrato per una lunga serie di giorni.*

Benchè le esperienze, sopra citate, chiaramente mostrassero, quanto detrimento possa portare all'organismo l'ingestione del maiz fermentato; benchè alcuni dei fenomeni prodotti da esso s'avvicinassero molto ai fenomeni della pellagra; pure mi parevano esse ben lontane dal provare, colla sicurezza che la moderna scienza domanda, la perfetta loro analogia ed identità; e non sarebbe difficile il trovare non una, ma molte sostanze, atte a produrre fenomeni simili a quelli enumerati più sopra, come che mancassero o scarseggiassero certamente alcuni dei sintomi, p. es. l'eritema cutaneo, l'idromania, che più sono propri della pellagra.

Se non che queste esperienze, appunto perchè estese su una larga scala, non eransi potute condurre con quella norma così necessaria per *esperienze cliniche*, che è di riprodurre il fenomeno nelle medesime circostanze, in cui ha luogo naturalmente. Si somministrava, cioè, la sostanza venefica per una volta tanto, in piccola dose, e ad individui che viveano, lautamente, di vino, caffè ecc., mentre lo sciagurato contadino è esposto all'ingestione di quella sostanza venefica per una serie non solo di giorni, ma di anni, e non ha da opporre all'influenza nociva di essa il lauto alimento dei ricchi.

D'altronde ad un numero così grande di individui non si potea tener dietro, con quell'osservazione rigorosa e minuta, che era richiesta per sorprendere i minimi dettagli dell'azione.

Per avvicinarmi, quanto più fosse possibile alla realtà, somministrai la tintura di maiz fermentato, per una lunga serie di giorni a 12 individui abbastanza robusti e sani, che vivevano in città, e dovevano affaticarsi, come operai, soldati, per tutta la giornata, e non godeano di lauto, ma di sufficiente vitto.

1.° — Uno infermiere, Giorgi C., d'anni 38, che sofferse già di otorrea, tifo, quartana, cefalea, e che è bevitore, prese, dal 14 al 22 Aprile 1868, 6 grammi al giorno dell'alcoolatura, e non accusò che aumento dell'appetito e sudore copioso alla fronte.

2.° — Ancor minori effetti si manifestarono in Lardaro, ex cuoco, ozioso, di 32 anni, che già sofferse di tifo, intelligente, ma bevitore e fumatore; egli ne prese per 20 giorni, senza che si potesse rimarcare in lui nessun'azione notevole.

Ben altrimenti andò la cosa nel

3.° — Dall'Acqua, portinaio di professione, d'anni 33, domiciliato e nativo della città; ebbe il padre morto di tifo, la madre di pleurite, tre fratelli sani; non sofferse mai malattie gravi, meno due pleuriti, e non contrasse sifilide, nè oftalmie; da 10 anni si alimenta di pane, riso, paste, un litro di vino alla settimana, e 300 grammi di carne.

Abbastanza ben nutrito, robusto, pesa chilogrammi 65, 400, il polso batte 68 al minuto, calore 36°, 25 al mattino; orine 2200 grammi, densità 1025, del 3 Vogel.

27 Aprile. — Prende una dose di 6 grammi di tintura di maiz fermentato: accusa voracità aumentata, sete.

28 Aprile. — Seconda dose: accusa voracità, sete, insonnio, rutti.

29 Aprile. — Terza dose: voracità, peso allo stomaco, bruciore allo scroto, debolezza; *la secchia dell'acqua gli par pesante;* testa confusa.

30 Aprile. — Quarta dose: voracità, debolezza ai ginocchi, punture d'ago alla pelle, testa calda.

2 Maggio. — Sesta dose: voracità, prurito al dorso, dolore bruciante emettendo le orine, che sono più scarse, 1400 grammi, più rosse e più dense, 1029.

3 Maggio. — Settima dose: orine id., prurito seguito da pustole, pustole d'ectima sul dorso; debolezza alle gambe, diarrea, sete.

5 Maggio. — Ottava dose: peso del corpo diminuito di 200 grammi, voracità; si sente balordo, tutto gli dà noia; polso 80, calore 36, 80.

9 Maggio. — Dodicesima dose: orine rosse, 1028, del vol. di 1200 grammi, sudore profuso di notte, polso 82, calore 37, 25.

10 Maggio. — Tredicesima dose: sente scottore vivo al dorso delle mani, bisogno di lavarle continuamente.

11 Maggio. — Dorso delle mani alquanto più rosso del solito, sonnolenza, voracità, 4 scariche diarroiche.

13 Maggio. — Sedicesima dose: sopore, secchezza alle fauci, nebbia agli occhi, testa pesante, confusa; gli pare d'essere ubbriaco.

14 Maggio. — Diciassettesima dose: desquamazione al dorso delle mani, verso il margine radiale, desiderio di lavarle continuamente; sente stizza contro i proprii figliuoli, che prima gli erano cari, e li batte; palpitazione del cuore; polso 80, orine 1028.

Digitized by Google

15 Maggio. — Dieciottesima dose: la voracità è scomparsa, continua la sete, e un sapore di calce in bocca; rutti, peso nel capo, prurito al dorso, palpitazione; la desquamazione continua.

16 Maggio. — Ho sospeso la somministrazione del veleno. Nei siti della desquamazione delle mani si notano parecchie efelidi; palpitazione continua.

17 Maggio. — Efelidi più numerose alle mani; vista torbida; feci alquanto liquide.

18 Maggio. — Peso del corpo diminuito di quasi un chilogrammo, essendo 64,800; orine 1027, volume 1500 grammi; calore 37°,75. Senso di scottore allo stomaco e alla fronte, ove si osservano alcune macchie rossastre; scottore alle mani, che si desquamano di nuovo verso il margine radiale. Vedendo una fontana, sente una *forte voglia di tuffarvisi entro*, e ne serba viva la memoria. È stizzoso contro la moglie e i figli.

22 Maggio. — Cefalea frontale destra, polso 60, calore 36,20, schifo pel cibo, peso agli occhi, palpebra superiore sinistra più abbassata della destra.

23 Maggio. — Prurito; nel dorso sensazione di goccie d'acqua bollente; feci molli.

24 Maggio. — Scottore allo sterno e dorso; senso di cerchio nei lombi; stanchezza alle gambe.

25 Maggio. — Formicolio alla mano destra, prurito; passione per l'acqua; calore 36,80, polso 60, peso del corpo 62,900.

26 Maggio. — Non può star in piedi dieci minuti senza sentirsi molto stanco; confusione al capo, sonnolenza; appena siede dorme; rumore nelle orecchie, senso d'un corpo straniero nel capo.

27 Maggio. — Appetito continuo, mangerebbe tutto il giorno.

2 Giugno. — Peso alle gambe; feci molli; peso del corpo 62,200; appetito normale.

5 Giugno. — Inappetenza, cefalea, orine 1024, chiare, peso alle gambe.

Gli somministrai una piccola dose d'arsenico, 2 milligr. in 600 grammi di acqua in 6 giorni, dopo la quale i sintomi scomparvero; però verso il 25 d'Agosto ripullulò la cefalea, la debolezza delle gambe, l'inappetenza, la pirosi. Cessarono i disturbi di nuovo, con nuove dosi d'arsenico, ma nel Febbraio 1869 tornò ad accusare dolore ai lombi, debolezza muscolare, rutti, cefalea, confusione al capo, che recidivavano soprattutto sotto le variazioni barometriche, e sparivano del tutto con piccole dosi arsenicali.

4.° — Renzi Carlo di Parma, d'anni 21, soldato, poco intelligente, robustissimo; non ebbe alcuna altra malattia fuorchè il vaiuolo; nel viso portava parecchie efelidi; pesava chilogr. 70,200; si cibava dell'ordinario del soldato, consistente in paste, pane, vino, e carne.

16 Giugno. — Prende 2 grammi d'alcoolatura di maiz ammorbato; dice trovarsene bene e aumentargli l'appetito.

17 Giugno. — Ne prende 4 gr. collo stesso effetto.

18 Giugno. — Terza dose: non prova che frequente palpitazione al cuore e rutti.

20 Giugno. — Quarta dose: rutti, borborigmi, polso un po' rallentato, e sonnolenza.

24 Giugno. — Quinta dose di 12 grammi: avverte rutti continui, sonnolenza, prurito alla faccia, palpitazione.

26 Giugno. — Sesta dose di 13 grammi: diarrea, scottore e prurito alla faccia, peso al cuore.

Si noti che quell'individuo essendo chiuso in infermeria, non poteva esporsi al sole altro che col capo, e lo faceva frequentemente, come è naturale in un ozioso, sporgendosi dalla finestra.

28 Giugno. — Settima dose: desquamazione della cute, del fronte e del mento.

2 Luglio. — Continua la desquamazione della cute, del fronte e del mento.

3 Luglio. — Ottava dose di 6 gr. alle ore 9 del mattino: alle ore 3 è preso da enteralgia, freddo alle estremità, polso filiforme, pupilla enormemente dilatata, debolezza straordinaria, continui deliqui; il peso del corpo è diminuito di chilogrammi 6,200.

4 Luglio. — Sospesi per sempre l'amministrazione del veleno. Somministrai camomilla ed arnica; la pupilla però permane dilatata tutto il giorno; diarrea di materie giallastre; polso 48 al minuto; continui deliqui; continua l'esfoliazione dell'epidermide.

5 Luglio. — Diarrea mucosa; continua la debolezza; cefalea; inappetenza e ribrezzo dei cibi; sete; pupilla ancora dilatata; polso 50.

6 Luglio. — Continua la diarrea; la pupilla normale; polso 64; appetito ritorna; debolezza nelle gambe; cefalea.

7 Luglio. — Continua la diarrea, la debolezza e la desquamazione dell'epidermide della fronte, sulla quale impallidirono e scomparvero parecchie efelidi.

8 Luglio. — Diarrea completamente cessata. Resta la debolezza e la desquamazione dell'epidermide. Il peso è di 65 chilogr., 5 meno del primo giorno.

5.° — Riva Sante di Pavia, robusto infermiere d'anni 35, già malato di tifo, ora perfettamente sano. Perdette il padre per vecchiaia, la madre per tisi. Si nutre di pane bianco, pasta, riso, e qualche po' di carne. È molto portato per gli alcoolici. Pesa 75 chilogr.; emette 2100 gr. d'orina, del peso specifico di 1026.

9 Giugno 1868 prende 6 gr. di alcoolatura di maiz ammalato; sente aumentare l'appetito.

10 Giugno. — Seconda dose: voracità aumentata, bruciore nell'orinare.

12 Giugno. — Quarta dose: voracità; cefalea frontale; sonnolenza; prurito al dorso; infiammazione al margine palpebrale.

13 Giugno. — Quinta dose: senso di formicolio

Digitized by Google

nelle braccia, come avesse la scabbia; sonnolenza; appetito diminuito.

14 Giugno. — Prurito e scottore al dorso e alle braccia; bruciore all'orinare; orina del volume di 1800 grammi, peso specifico 1029, molto colorata.

Continuò poi, senza offrire o almeno accusare alcun che di notevole, fino al 1.° Luglio, in cui malgrado non avesse avuto mai diarrea, nè altro disturbo grave, il suo peso risultò diminuito di chilogr. 10,200.

4 Luglio. — Le orine erano diminuite a 1200 gr., peso specifico 1030; il peso del corpo diminuiva d'altri 300 grammi.

6.° — M..... Luigi d'anni 40, del peso di chilogrammi 52,700. Patì soltanto febbri intermittenti. Perdette il padre di pneumonite, la madre di flemmone. Orine 2000 grammi, peso specifico 1025, scolorite.

1 Luglio. — Prende 6 gr. di tintura di maiz, e non accusa alcun sintomo

2 Luglio. — Seconda dose: idem.

3 Luglio. — Terza dose: rutti; borborigmi; debolezza alle gambe.

4 Luglio. — Quarta dose: cefalea; vista torbida, bruciore alle palpebre; diarrea con feci giallastre.

5 Luglio. — Bruciore alle palpebre; diarrea; enteralgia; bruciore nell'orinare; orine più scarse, più colorate, 1026; palpitazione al cuore.

6 Luglio. — Sesta dose: scottore e prurito al dorso ed alle mani; bruciore all'orinare; diarrea cessa.

7 Luglio. — Senso di acqua calda nel dorso. fracasso alle orecchie; palpitazione; inappetenza.

8 Luglio. — Prurito al dorso ed alle mani; sudori profusi di notte; debolezze muscolari; feci più molli del solito; peso del corpo diminuito di 2800 grammi.

9 Luglio. — Scottore vivo al dorso delle mani, che scema colle bagnature d'acqua fredda; orine rosse, 1027, del volume di 1200 grammi; deliqui; inappetenza, schifo degli alimenti.

10 Luglio. — La cute del dorso delle mani si fa eritematosa, bruciante, con bisogno di lavarla continuamente; inappetenza, debolezza straordinaria.

11 Luglio. — Si sospende il veleno. Le mani continuano ad essere eritematose, brucianti; continua l'inappetenza; peso del corpo 48,39 chilogr.

14 Luglio. — Cefalea, vertigini; orine 1300, peso specifico 1029.

Il 14 Agosto lo rividi, e mi disse che ogni tratto risentiva bruciore nell'urinare, e debolezza delle gambe. — Nel Settembre però ne era affatto libero.

7.° — Sacchetti, uomo robustissimo, veterano, ora mio portinaio, che patì soltanto febbri intermittenti, e cibasi di carne e vino, e fa poco moto, prese senza ch' io lo sapessi, dal 1.° Giugno al 12 Giugno 1869, 10 grammi circa al giorno di quell'alcoolatura di maiz, ch' egli doveva distribuire agli altri. All' 8 Giugno, dopo la quinta dose, avvertì, alla notte, un prurito generale, come se avesse scabbia o pidocchi, poi rumori agli orecchi, inquietudine tale da non poter dormire, scottore. Seguirono, sempre aumentando, questi fenomeni fin al 12 Giugno, in cui notò come si desquamasse l'epidermide delle braccia e delle spalle. Cessò subito di bere l'alcoolatura, ma i disturbi si prolungarono per 15 giorni malgrado la sospensione del veleno. — Non fu pesato.

8.° — Mantovani E. calzolaio, robusto, d'anni 40, con parenti sani, non ebbe a soffrire gravi malattie, si ciba abbastanza bene con carne, qualche volta abusa di vino; pesa 70 chilogr.; polso 76; orine 1026.

Il 17 Maggio 1869 comincia a bere 6 gr. al giorno di alcoolatura maidica. Non avverte, i primi giorni, che bruciore allo stomaco e voracità.

Al 24 Maggio, cioè alla ottava dose, avverte diarrea, che perdurò fino al 29.

25 Maggio. — Voracità; sonnolenza.

26 Maggio. — Peso al capo; formicolio generale; vertigini; voracità.

28 Maggio. — Orine rosse, scure e scarse, 1030; gambe deboli e pesanti, come se fossero di piombo, sicchè non riesciva più a portare da una contrada all'altra le sue secchie; cefalea continua, sonnolenza; peso del corpo diminuito di 4 chilogrammi; febbre.

Sospesi il rimedio. Tuttavia molti fenomeni, come la cefalea, le vertigini, la grande voracità, l'annebbiamento alla vista, le orine scure, il formicolio, perdurarono sino al 3 Giugno.

3 Giugno. — Pesato risultò il peso di chilogram- 63.200, circa 7 chilogr. meno dei primi giorni, ed il polso 72, le orine 1032.

Alla grande voracità, il 3 Giugno era succeduto schifo del cibo, che insieme alla cefalea ed alla semiparesi delle gambe perdurò fino all' 11 Giugno, in cui lo rivisitai. Eppure in tutto questo tempo, cioè dal 28 Maggio, non prese l'alcoolatura. — Nel Luglio nulla risentiva.

Al 18 Agosto, più che due mesi dopo sospeso il veleno, accusa ogni due o tre giorni grave peso e bruciore allo stomaco, appetito diminuito, per cui mangia molto meno pane di prima; formicolio, debolezza grande alle gambe, che gli impediva il lavoro. — Il Dottor Fossati, che più giorni l'ebbe a curare prima di me, non seppe spiegarsi i fenomeni notati che per l'effetto della alcoolatura presa 78 giorni prima. — Io gli somministrai per alcuni giorni le goccie di Fowler, ed i fenomeni si dissiparono, nè più riapparvero a tutt' oggi.

9.° — Scarletti, d'anni 21, giovane intelligente, ma vizioso e senza mestiere fisso, di Pavia, già affetto da endocardite, era apparentemente sano, ma coperto in faccia da efelidi, colle mani perfettamente bianche; peso del corpo 62 chilogrammi; orine

Digitized by Google

pallide, circa 2500 grammi, del peso specifico di 1029; polso 68.

Il 22 Maggio 1869 comincia a prendere 6 grammi di alcoolatura di maiz ammuffito.

24 Maggio. — Terza dose: appetito aumentato; ha più energia muscolare di prima, per cui si muove più volentieri.

27 Maggio. — Diarrea; rutti; flati; orine piuttosto rosse e scarse, 1024.

28 Maggio. — Orine id.; prurito di notte alla gamba destra, per cui deve restar desto per grattarsi; voracità.

29 Maggio. — Orine assai rosse, 1027, con bruciore nell'orinare; prurito notturno a tutte due le gambe.

1 Giugno. — Voracità; prurito; polso 84; sete continua; diarrea; peso del corpo 61 chilogr.; orine 1027. — Dal 2 al 7 Giugno sospesi il rimedio. Malgrado ciò le feci perdurarono molli e diarroiche; orine rosse; continua il prurito di notte.

7 Giugno. — Nona dose: appetito diminuito, sonnolenza (si noti però che era ozioso). Il prurito si estende al dorso ed allo scroto; polso 80; orine 1028.

10 Giugno. — Si notano pustole di acne al dorso, al torace, e macchie di eloasma alla mano destra; prurito.

2 Luglio. — Sonnolenza continua; il prurito diminuisce; vertigini; feci molli; voracità.

7 Luglio. — Trentanovesima dose: orine 1028, circa 1900 grammi; peso del corpo 59,800; polso 80; foruncoli alle spalle. Sospendo l'alcoolatura.

13 Luglio. — Riprese per una volta il veleno, che produsse diarrea.

Dieciotto giorni dopo cessata l'amministrazione dell'alcoolatura riapparvero il prurito, la diarrea.

10.° — Rebasti L., d'anni 40, assai intelligente fabbro-ferraio, eccessivamente dedito al vino, ammogliato, già affetto da blennorrea; pesa 62 chilogrammi; polso 64; orine 1028, piuttosto pallide.

Comincia il 24 Maggio a prender l'alcoolatura, e fino al 10 Giugno non accusa che l'aumento dell'appetito, per cui, in media, deve aggiungere mezzo chilo di pane alla sua razione ordinaria.

17 Giugno. — Ventitresima dose: pesato risulta di 65 chili, 3 chili più di prima. — Orine 1029, pallide; nessuna diarrea; accusa vivo prurito al dorso; polso 66.

18 Giugno. — Eruzione al dorso di piccole macchiette rosse (acne?).

27 Giugno. — Eruzione alla mano; prurito insopportabile a tutto il corpo, per cui cessa di prendere l'alcoolatura. Malgrado ciò, al 10 Luglio continua un po' di prurito al dorso, la voracità è diminuita, il peso è ritornato pressochè il normale, 63.

25 Luglio. — Cessato ogni sintoma.

11.° — Montagna P., d'anni 19, cuoco, bevitore sfrenato, giovane poco intelligente, dedito ai vizi, del peso di chilogr. 58, nel Gennaio comincia a prendere 6 grammi d'alcoolatura. — Non risente altro effetto che l'appetito aumentato e sonnolenza; continuò per due mesi l'alcoolatura; solo due mesi dopo notò diminuzione del peso del corpo di chilogr. 4, poi un molesto pizzicore al dorso; diarrea, cefalea e diminuzione dell'appetito; orine rosse e scure; più tardi, grande stanchezza, insonnio, calore e polso aumentato, gastralgia viva con dolore locale alla pressione, vomito, lingua sporca, infine vera febbre, che durava 8 giorni, e fu detta dai medici gastrica.

12.° — Ma l'osservazione più importante io la debbo alla gentilezza dell'amico Scarenzio, ed è la seguente:

Giaretti Francesca, maritata Sasi, da Sartirana, d'anni 46, contadina, però sufficientemente benestante, perdette la madre per gangrena degli arti inferiori seguita a paralisi, nella tarda età di 60 anni; il padre sofferse di bronchite, di afonia, in seguito, dice ella, alla chiusura di una piaga alla gamba, che sarebbe stata causata da un trauma; gli altri parenti son tutti sani. — D'aspetto aperto, robusta, sanguigna, di capello biondo, denti ben conservati, abbastanza ben nutrita, del peso di chilogrammi 51,400, essa presenta alla faccia, alla guancia destra ed alla pinna del naso, e sulla regione dorsale della mano e dell'avambraccio destro, e nella regione anteriore del ginocchio sinistro, e in tutto l'arto inferiore destro, vaste placche, squamose, lucenti di psoriasi, dolenti al tatto, con leggera intumescenza ed arrossamento delle regioni circumambienti, dell'estensione di 6 centimetri quadrati alla faccia, 13 al ginocchio. La regione dorsale della mano è coperta da piastre squamose di color violaceo. Il terzo inferiore della gamba ed una porzione del terzo mediano è circondata, a guisa di fascia, da due piastre confluenti squamose della stessa natura, che arrivano fino alla regione metatarsea. Essa v'accusa vivo dolore bruciante e lancinante, e nella mano anche sensazione di strappo e di crampo. Del resto nulla d'anormale, buona la digestione, meno una leggera stipsi, le orine abbondanti e pallide, 2500 grammi, peso specifico 1012. Racconta che sempre sana fino a 13 anni, fu menstruata in quell'età; i mestrui, duravano 8 o 9 giorni; nell'estate, però, s'interrompevano. A 17 anni si maritò, ma non ebbe mai figli; non sofferse che una febbre intermittente a 35 anni. A 44 anni, ossia un anno e mezzo fa, le si fermarono i corsi (forse per l'epoca critica). Quattro mesi dopo la cessazione di questi, sentì dolore al calcagno, tumefazione al collo del piede e poi al ginocchio. Fu, oltre il bisogno, salassata e purgata da un dottore di là; ma non che guarire, le apparvero glossite, ulceri nella bocca e nella faccia, e infine le piastre psoriache alla faccia ed al braccio. Nel 24 Febbraio 1869 venne a Pavia; e fu dallo egregio Professor

Digitized by Google

Scaronzio curata con tutti i mezzi dell'arte moderna, bagni d'amido, unguento d'olio cadino, calomelano, catrame e glicerina per uso esterno. La psoriasi però di poco migliorò. Ritornò a casa il 25 Marzo, e la gamba spesso le si faceva risipelacea, bruciante, incapace al moto. Migliora leggermente nel Maggio, ma recidiva nel Giugno, epoca della seconda entrata. Fece un bagno, dopo il quale caddero alcune delle squame; non migliorò per questo. Il giorno 18 Giugno, 7 giorni, cioè, dopo l'entrata, e quando essa perdurava in questo stato, venne sottoposta alla cura della tintura di maiz, 3 grammi al giorno in 2 volte. Fino al 21 Giugno non accusa alcun sintomo; sono le orine pallide, abbondanti, 1014.

21 Giugno. — Accusa alcuni rutti ed un po' di sonnolenza.

25 Giugno. — Rutti, inappetenza, sonnolenza.

26 Giugno. — Sonnolenza, bruciore al ventre, vomito.

Si sospende il rimedio per due giorni.

1 Luglio. — Si nota un bruciore e scottore notevole nella regione della psoriasi, la quale anche al tatto presenta un calore aumentato in confronto con quello delle parti vicine.

3 Luglio. — Si nota un leggero miglioramento nella psoriasi del naso, della faccia e della mano, non però delle gambe e del ginocchio, che si conservano come prima.

7 al 10 Luglio. — Ripreso il rimedio, compaiono nausea e diarrea, in lei notevole perchè stittica, e continui deliqui; dice « mi sento vuota come avessi fame, e pure ho schifo del cibo ». La diarrea aumenta alla sera ed alla notte, le orine si fanno scarse e rosse, grammi 700, peso specifico 1026.

11 Luglio. — Si interrompe il rimedio, cessa la diarrea, le gambe si fanno più dolenti con un senso di stanchezza; piange continuamente senza causa. Tutta la pelle, ma soprattutto la regione della faccia, brucia come fuoco, sicchè « mi pare d'aver una febbre senza febbre » dice ella. Il bruciore è anche all'interno, anche nello stomaco; le gambe essa le sente come legate da un laccio. Più tardi il senso di fuoco è sostituito da un senso di prurito; insopportabile è l'inquietudine soprattutto nella notte, per cui non può dormire e si leva continuamente di letto; orine scarse, brucianti, 1450 grammi, densità 1029.

13 Luglio. — Malgrado il sospeso rimedio le orine si conservano scarse e rosse, brucianti all'emetterle, insonnio alla notte.

14 Luglio. — Orine idem nel giorno, alla sera però si fanno abbondanti e chiare, 1200 grammi, e poco pesanti, 1018. La malinconia, che era grande al mattino, sparisce alla sera dolore di strettura al ginocchio; senso come di fruscio di farfalla alla faccia; fame vorace; sonno tranquillo.

15 Luglio. — Mente ilare, confida nella guarigione, mi narra con gran piacere come non senta alcun bruciore nè prurito nelle regioni affette. Uno spazio centrale notevole, di 6 centimetri al ginocchio e 4 all'avambraccio, si mostra di colore affatto normale, restando però ancora arrossata, ma senza squame la periferia.

20 Luglio. — Riprende il rimedio: il giorno stesso non sente nulla; notevole miglioramento al ginocchio; leggera recidiva alla faccia.

21 Luglio. — Accusa bruciore allo stomaco, e bruciore e scottore alla pelle.

22 Luglio. — Inquietissima la notte per scottore insopportabile a tutta la pelle, la quale appare anche arrossata. Orine scottanti, scarse e rosse; essa è ridivenuta melanconica, dispera della guarigione; malgrado ciò nel ginocchio e nella faccia le macchie della psoriasi vanno sempre più impallidendo. Si sospende di nuovo il rimedio. Pesata essa risulta aumentata di chilogr. 3.

23 Luglio. — Riprese il rimedio: nella sera di nuovo bruciore scottante alla pelle, inquietudine insopportabile, per cui si sospende di nuovo il rimedio; le orine scottanti, peso specifico 1028.

27 Luglio. — Si riprende con lo stesse effetto, e si sospende di nuovo.

2 Agosto. — Ripreso, produce nausea, bruciore alla gola, scottore a tutta la pelle, e passione per bagnare le membra nell'acqua, per cui malgrado la proibizione fa due o tre semicupi. L'aumento del peso del corpo è di chilogr. 4. La psoriasi va riducendosi in tutte le regioni del corpo; nella mano i crampi, che venivano ogni tanto, sono spariti del tutto, e la pelle è ritornata affatto normale. Nel ginocchio e nella gamba tutta la parte centrale è normale, e solo la periferia ha un colore di poco più scuro del normale.

Riassumiamo ora i sommi capi di queste esperienze nella seguente tabella:

Digitized by Google

EFFETTI	Casi	EFFETTI	Casi
Voracità aumentata	9	Testa calda e confusa	2
Prurito al dorso o alla faccia	8	Senso d'acqua bollente al dorso	2
Diminuzione del peso	8	Stizzosità e voglia di piangere senza causa	2
Orina scarsa, rossa, con peso spec. aumentato	7	Inquietudine straordinaria alla notte	2
Diarrea	6	Pustole di acne	2
Sonnolenza diurna	5	Rumori alle orecchie	2
Rutti	5	Scottore ed arrossamento generale della pelle	2
Indebolimento muscolare persistente	5	Bruciore allo scroto	1
Desquamazione	5	Pupilla dilatata	1
Feci molli	4	Ptosi della palpebra sinistra	1
Cefalea	4	Scomparsa di antica psoriasi	1
Schifo al cibo, che segue alla voracità	3	Senso di punture d'ago alla pelle	1
Bruciore alle palpebre	3	Scomparsa di cloasmi alla fronte	1
Passione per mettere il corpo nell'acqua	3	Peso e dolore al cuore	1
Sudore profuso	3	Vertigini	1
Comparsa di efelidi lungo le braccia o le mani	3	Scomparsa di efelidi antiche	1
Palpitazione di cuore	3	Comparsa di furuncoli	1
Sincope	3	Enteralgia	1
Polso, prima accelerato, poi debole	3	Senso come di corpo straniero nel capo	1
Accrescimento del peso	2	Sapor di calce in bocca	1
Sete aumentata	2	Brucior alle fauci	1
Energia muscolare aumentata	2	Nessuna azione	2

La diminuzione del peso variò dai 2 ai 7 e ai 10 chilogrammi, e l'aumento dai 3 ai 4. In un individuo l'aumento del peso si giustificò colla guarigione di antica psoriasi, in altro colla grande voracità, che l'obbligava a divorarsi un mezzo chilo di pane di più al giorno.

I fenomeni gravi, nervosi o cutanei, comparvero in alcuni alla quarta dose, in alcuni alla settima, in alcuni dopo due mesi; due individui si mostrarono insensibili al veleno. In un individuo invece, robusto del resto, si mostrò una vera intossicazione acuta, con dilatazione della pupilla, sincope e profusa diarrea. In un altro si notò un catarro acuto dello stomaco.

Alcuni disturbi perdurarono dopo due mesi e mezzo, e in uno perfino 9 mesi dopo che si era sospeso il rimedio, e si dissiparono dopo alcune dosi arsenicali.

Sopra 6 individui, grandi bevitori, che presero la tintura, 2 restarono quasi insensibili al veleno, e 2 perdurarono più a lungo degli altri prima di risentirne l'azione, ciò che ricorda l'annotato nelle esperienze della 3.ª serie, di quel Bergamasco bevitore, che restò insensibile alla tintura presa in forte dose.

In queste nostre ultime esperienze, noi vediamo ancora predominare come nelle antecedenti i fenomeni delle prime vie, diarrea, voracità, schifo del cibo, inappetenza, enteralgia, rutti, feci molli. Ma a differenza di quelle li vediamo noi subito dopo seguiti dai sintomi cutanei, che quasi mancavano nelle prime esperienze, come il prurito, le punzecchiature alla cute, il senso di acqua calda, lo scottore, l'eritema, la desquamazione delle parti esposte al sole, la comparsa di efelidi, furuncoli, acne.

Vengono poi dietro i fenomeni del sistema nervoso e muscolare - sonnolenza, piacere vivo al veder l'acqua, e voglia di immergervisi, dilatazione della pupilla, cefalea, fracasso agli orecchi, stanchezza straordinaria, diminuzione della forza muscolare, ptosi della palpebra superiore, nebbia negli occhi; e perfino i fenomeni psichici - diminuzione nell'affettività, melancolia senza causa.

Ma due altre serie di effetti mi colpiscono nello studio di questi casi, che mancano affatto nelle altre esperienze l'azione, sul cuore e quella sui reni.

Si notarono pure, come nelle prime esperienze, degli effetti sulla congiuntiva palpebrale.

Si notò infine quale rapida denutrizione sia prodotta dal maiz ammorbato, posciachè si trovasse, dopo pochi giorni, diminuzione sì grande del peso del corpo.

Si sarà osservato pure, che benchè le esperienze volgessero in così piccolo cerchio di individui, pure svilupparono in essi una grande varietà di fenomeni, negli uni predominando l'azione sul cuore, negli altri sulla cute, negli altri sul sistema nervoso; - e come negli uni i sintomi sieno stati tardissimi a svilupparsi, negli altri si svolgessero con spaventevole rapidità; - come in due, infine, fossevi completa immunità dal veleno.

Facile sarebbe collegare questi sintomi, in apparenza tanto disparati, in un sol gruppo, l'intossicazione del sistema nervoso, gangliare in ispecie; così la voracità, i rutti, l'inappetenza, la pirosi, le diarree, potrebbero spiegarsi con le lesioni dei plessi solari e del pneumogastrico; come la diminuzione del volume, l'aumento del peso specifico dell'orina, colla lesione dei plessi renali; il prurito, lo scottore, le efelidi, le desquamazioni, potrebbero risalire a paralisi dei nervi vaso-motori cutanei e dei nervi spinali, al pari della paresi alle membra inferiori, fenomeno evi-

Digitized by Google

dentemente spinale; mentre il sonno, la stizzosità, l'ipocondria, sono fenomeni puramente cerebrali.

Ma quello che più importa nel nostro caso è di constatare l'analogia dei fenomeni pellagrosi con quelli offerti dai nostri esperimentati. Poichè in questi ultimi si riproducono, non solo, come nei primi e negli animali, alcuni fra i molti sintomi della pellagra, ma, sì bene, i sintomi tutti più caratteristici di quel terribile morbo.

Per convincersene, vieppiù, conviene che il lettore completi la lettura di queste note; e vedrà nella seconda parte e nella sintomatologia, e, quel che più importa, nella patologia, l'accordo mirabile tra i clinici e gli esperimentali fenomeni, accordo, che ai conoscitori superficiali, i quali non studiano, come io tentai di fare, il morbo nel suo nido naturale, nella campagna aperta, parrebbe mancare del tutto. Per es. il prurito alla pelle, finchè studiava la pellagra nei libri e negli ospedali, a me era sfuggito che fosse caratteristico dei pellagrosi; ma l'esame di molti pellagrosi nelle campagne mi convinse, che il prurito era comunissimo fra essi nei primordi, come mostrerò nella sintomatologia. Così pure lo scottore, il sudore, così la sonnolenza, che non è annotata, parmi, dai pellagrologhi, e fu da me riscontrata 12 volte su 472 esaminati. La blefarite riscontrata nei secondi, e più nei primi esperimentati, fu già notata dalla *Commissione piemontese*, dal Nardi e dai Boeri nei pellagrosi, e da noi si notò 16 volte su 472 pellagrosi. Il bruciore all'orinare fu già riscontrato dal Casali, dal Roussel, dal Calderini nel 57 % delle pellagrose e 14 % dei pellagrosi.

Quanto all'arrossamento particolare delle orine e all'aumento del peso specifico, esso è in contraddizione, ma solo apparente, colla sintomatologia della pellagra, in cui è così povero il pigmento dell'orina; perchè, come ben vedremo, l'anatomia patologica rivela, in tutti i pellagrosi, sclerosi, atrofia dei reni, che non possono spiegarsi, se non per precedenti infiammazioni parenchimatose del rene, e queste alla lor volta ci danno ragione delle singolari condizioni delle orine del pellagroso, spesso alcaline, qualche volta albuminuriche condizioni dalle quali poi si originano le complicazioni gravi - ammoniemia, uremia, che si dicono *tifo pellagroso*. Questo sintomo provocato dagli esperimenti, dunque, non solo non contraddice, ma giova moltissimo alla spiegazione di un fatto patologico, che, senza esso, resterebbe assai poco chiaro.

Quanto ai sintomi cardiaci dei nostri esperimentati, alle sincopi, alle palpitazioni, al polso prima celere poi lento, la ragione di questi si troverà soprattutto nell'anatomia patologica, che ci rivelò l'atrofia bruna della fibra muscolare del cuore dei morti pellagrosi, il che s'accorda del resto coi facili edemi, col polso lentissimo e fiacco, coll'impulso diminuito del cuore, che tutti già osservarono nei pellagrosi.

Il decorso, or lento or precipitoso, dell'intossicazione si riscontra, pure, nei pellagrosi. Ed anche nella pellagra avviene, come nei nostri esperimentati, che benchè partano da una sola causa, dalla intossicazione del centro nervoso, le lesioni si localizzano, spesso, in un viscere od in un sistema, sicchè negli uni prevalgono i sintomi spinali, negli altri gli enterici, in altri i genitali, in altri i psichici.

Perfino la contraddizione stessa dei sintomi, - voracità e inappetenza, - sonno ed insonnio, - indebolimento ed eccitamento psichico e muscolare ecc. ecc. trova il suo riscontro nella sintomatologia della pellagra, come presto vedremo, e fornisce una prova di più, che si tratti di fenomeni di intossicazione.

Che se nei nostri esperimentati qualche fenomeno, come la sonnolenza, si riscontrò più spesso che nei pellagrosi; e se viceversa mancò l'accesso epilettiforme, il dolore infrascapulare, la paralisi completa; e se della mania non vidimo che i primordi nella perdita dell'affettività, nel pianto senza causa, bisogna anche riflettere che gli esperimentati sono pochissimi in confronto dei colpiti dalla pellagra; che negli esperimentati si notarono gli effetti primordiali dell'intossicazione, effetti che sono assai meno in vista dei medici pratici nei pellagrosi; e che infine questi ultimi sintomi possono mancare anche in veri pellagrosi, come si vedrà nella sintomatologia.

5.ª — *A quali parti del maiz fermentato si debba l'azione venefica, e con quale preparazione essa si neutralizzi.*

Nel sospetto che la preparazione alcoolica potesse influire a modificare l'azione venefica del maiz fermentato, ho somministrato a sei individui la medesima sostanza in polvere alla dose di due grammi, mista a zuccaro ed acqua, e ottenni i medesimi effetti come coll'alcoolatura, vale a dire rutti, indebolimenti muscolari, cefalee, enteralgie, diarree.

Per studiare che influenza possa avere la torrefazione a correggere gli effetti del morbo, ho somministrato a 10 donne del maiz fermentato, torrefatto rapidamente al fuoco, facendone quella preparazione che si chiama nel dialetto *fioreu*, e che è una chiccha prediletta dei contadini. Dopo averne presi otto grani ciascuna, 6 di esse accusarono chi borborigmi, chi rutti, chi costrizioni alle fauci, chi vertigini con indebolimento muscolare.

A due donne somministrai sei grammi di farina di maiz fermentato, fatto bollire per mezz'ora, in una dose ordinaria di polvere di caffè torrefatto, e ambedue accusarono diarree, cefalee, borborigmi ecc.

Digitized by Google

Feci bollire un chilogrammo di maiz marcito con 20 grammi di calce viva in acqua tre litri, per un'ora, alla temperatura di 120; indi lavai e rilavai diligentemente il maiz ottenutone, che era cresciuto assai di volume, e quasi completamente spoglio della gialla corteccia, e che presentava un sapore dolcissimo. Questa polta venne somministrata a 10 persone, che non ne provarono, meno il bruciore allo stomaco ed alla bocca proveniente dalla calce, nessun notevole effetto. — Dell'altro maiz, preparato ugualmente, venne poi passato pel forno e torrefatto: se n'ebbe un grano facilmente polverizzabile, friabile, di sapore dolce aromatico, di cui tre individui, fra cui io stesso, poterono usare per 20 giorni, alla dose di 3 gr. al giorno, senza alcun inconveniente.

Una tintura ottenuta da questo maiz torrefatto e da doppia dose di alcool, venne presa per 25 giorni alla dose di 10 grammi dal Dott. Vittadini senza alcun disturbo.

Tre polli e quattro ratti nutriti esclusivamente di maiz marcito, e poi passato col metodo descritto per la calce, non soffersero che un notevole dimagramento e nei primi giorni diarrea, ma nessun altro sintoma di pellagra.

Da tutto ciò concludo, chè se la bollitura colla calce viva non è scevra, oltrechè di dispendio (pel combustibile), di inconvenienti, sembra impedisca, però, la comparsa dei veri fenomeni pellagrosi.

Molto importava di conoscere se l'azione tossica proveniva dal fungo *penicillum glaucum*, ovvero dal parenchima, propriamente detto, del maiz ammorbato.

Per venire al chiaro di ciò ho estratto con un sottile scalpello da parecchie centinaia di grani quella polvere glauca, aderente alla corteccia, che consisteva in sporidii del penicillum, e ne diedi mezzo grammo a sei individui robusti, misto con tripla dose di zuccaro; un'egual dose ne presi io pure, e non provammo altro che dei borborigmi e un sapore metallico.

Finalmente ne preparai una tintura in doppia dose di alcool, come avea fatto col maiz malato, e ne bevvi, dopo averla agitata, perchè gli sporidii precipitano al fondo, io e tre persone, fra cui l'egregio Dott. Velladini, e non ne provammo altro che pirosi e sapor metallico.

Due ratti vennero nutriti per venti giorni di polvere di *penicillum glaucum* estratto da un pagnocco di pan giallo ammuffito; essi dimagrirono molto, puzzavano, ma non offersero alcun sintomo pellagroso.

Finalmente io mi feci iniettare dall' egregio Prof. Scarenzio una dose di 20 centigrammi di questo sporidio sottocutaneamente al terzo superiore dell' omero; e non ebbi a provarne alcun effetto generale, da infuori quelli provenienti da un'infiammazione locale, flemmonosa, con esito di suppurazione. Il pus estratto non offerse altro di particolare che la presenza di parecchi sporidii e filamenti del penicillum glaucum.

Queste esperienze, che desiderei fossero ripetute in più larga scala, mi sembrano provare con grande probabilità, che l'azione venefica del maiz malato non è nel penicillum. — Ciò mi pare si possa corroborare col fatto, che il penicillum è diffusissimo in paesi non affetti da pellagra, e che gli sporidii dal penicillum, come io osservai, non si sciolgono nè si sospendono nell' alcool, ma vi precipitano.

Quanto all' impotenza dell' alcool per neutralizzare il veleno pellagrogeno, essa chiaro risulta, per sè, dalle nostre esperienze, poichè noi ottenemmo, anzi, tutti i fenomeni gravi pellagroidi dalla tintura alcoolica; ciò che ci mostra sempre più, che la sede del veleno non deve essere nel penicillum, che nell'alcool precipita. — Se l'azione del veleno apparve ritardata e neutralizzata in alcuni bevitori, ciò, dunque, non potè dipendere da una materiale azione dell'alcool sul veleno, ma sì bene da quella azione più generale, da quella ottusità nella sensibilità agli stimoli in genere, ed anche ai medicamentosi, che in molti è indotta dall' alcoolismo. — Questa deduzione risulterebbe del resto dal fatto che non tutti gli alcoolisti restarono insensibili al veleno, ma due anzi, vi furono sensibilissimi. Succederebbe, qui, come dell' oppio, cui l' essere l'antidoto dell' alcoolismo non toglie che sia attivissimo, quando sia dato sotto forma di alcoolatura.

Posso, dunque, con sicurezza concludere, che la alcoolatura, la torrefazione, e la bollitura del maiz ammalato, non ne distruggono punto completamente l' azione venefica.

Che, probabilmente, gli sporidii del penicillum glaucum non hanno alcuna parte nell' azione venefica, la quale proviene solo dalla sostanza propria del maiz fermentato.

Che l' unico modo di neutralizzarne l'azione è di far bollire il maiz malato nella calce viva, e poi torrefarlo al forno, e quindi pestandolo cavarne una farina tostata, che si può sciogliere nell'acqua o sospendere nell' alcool, ed è perfettamente innocua e non dispiacevole al gusto.

SEZIONE SECONDA

Osservazioni critiche, clinico-geografiche.

Finchè la teoria di Liebig, sugli alimenti, si credeva, completamente inoppugnabile, finchè la patologia ignorava ancora tutta quella serie di malattie di fermento morbifico e d'infezione, che ora soprattutto ha preso un' estensione e un' importanza sì grande, finchè la microscopia non aveva rivelato le singolari alterazioni dei pellagrosi, e finchè soprattutto gli esperimenti coi veleni del

Digitized by Google

maiz si erano fatti incompletamente, senza distinguere la specie particolare del veleno, e solo su animali, o senza ripetere sugli uomini l'esperienze tante volte quante pur troppo si rinnovano nel fatto pratico, nel contado, - la teoria sull'eziologia della pellagra, di cui il Lussana fu l'ultimo e il più robusto campione, la teoria che faceva dipendere la pellagra da insufficiente alimentazione plastica, e che del resto vigeva fin dai tempi di Strambio, era certamente quella che meno pareva allontanarsi dal vero.

Essa s'accordava colle delicatissime indagini chimiche sulla composizione dei grani, di cui servivansi i poveri coloni, coll'altre cause concomitanti, come il puerperio, la miseria ecc., e fino ad un certo punto colla sintomatologia e patologia della pellagra, che in molti lati confondesi con quella delle malattie da marasma; s'accordava perfino, che è più, colla cura, comechè la buona alimentazione, carnea soprattutto, si fosse sempre mostrata uno dei pochi, veri, presidii della pellagra.

Ora però le indagini esperimentali sopradescritte, e quelle che si esporranno nella parte seconda e terza, ci mettono in grado, se non di distruggere affatto la causa dell'insufficiente alimentazione, che ha una non dubbia parte di influenza nel triste morbo, certo di aggiungervi come causa non solo concomitante, ma preponderante, il veleno del *maiz fermentato*, veleno caratterizzato dalla presenza di un fungo, del resto innocuo, il *penicillum glaucum*.

Infatti 1.° — L'uso di quel maiz malato si mostrò dannoso a tutti gli animali, producendo contratture muscolari, diarrea, apatia, spennacchiature, paresi, morte. — Somministrato quel grano ad uomini per una sola volta, produsse in loro parecchi dei sintomi della pellagra. — Somministrato poi ad altri per varii giorni di seguito, riprodusse tutti i sintomi caratteristici della pellagra.

2.° — Vero è, che sintomi similissimi alla pellagra, i cutanei soprattutto, si possono notare in altre affezioni; per es. paralisi generale progressiva, alcoolismo. Ma si potrà negare, che l'idrofobia nasca dall'innesto del veleno rabido, perciò solo che si ebbero casi di idrofobia spontanea, o di perniciosa, o di tetano, con sintomi affatto analoghi all'idrofobia? Si potrà negare, che la sifilide produca degli effetti tutti suoi particolari, perciò che il mercurio ne produce pur esso di simili?

Oltrecchè le nuove indagini d'anatomia patologica sui pellagrosi spiegano in molta parte, il perchè e il come di quelle analogie, succedendo in quei casi quelle stesse degenerazioni, adiposità, o sclerosi, o atrofia del cuore e del rene, od adiposi dei vasi cerebrali, che poi per causa del maiz fermentato avvengono nei pellagrosi; quindi di necessità da lesioni analoghe provengono sintomi analoghi. (Vedi parte 4.ª).

Se non che anche questa obbiezione, che così per sè stessa verrebbe meno, e si ritorcerebbe anzi contro gli avversari, riesce del resto assai debole, quando da un esame superficiale dei fenomeni clinici si passi ad un esame approfondato. — Le analogie, allora, tra la pellagra e gli avvelenamenti cronici di alcool o le paralisi generali risultano assai scarse, e mai complete. Nei tre casi per es., che io potei studiare, esistevano l'eritema cutaneo, la diarrea, la paresi, il tremore muscolare, ma mancavano il colorito terreo o giallastro, l'occhio vitreo, la poca densità ed il pallore dell'urina, che si osservano nei pellagrosi, come pure, la scarsezza dei fosfati e pigmenti nella medesima e l'atrofia del cuore: più vi era aumento di calore, e vi era quella completa afasia, che io invece non osservai mai nei pellagrosi. Inoltre nessuno apparteneva alla classe dei contadini. In tutti poi mancava il sintomo di quella paurosa e vertiginosa passione per l'acqua, che è così caratteristica dell'avvelenamento pellagroso, come lo è dell'avvelenamento sifilitico l'ulcero, del piombico la paresi degli estensori.

3.° — In molte malattie, tifo, periodiche ecc. (1), è ormai ammesso, solo in gran parte per l'esame di alcuni sintomi, che essi debbano provenire da un *quid* detto fermento morbifico, benchè questo fermento non si trovi materialmente. E si vorrà negarlo per la pellagra, in cui, oltre ai sintomi analoghi che cel fanno supporre, si può afferrare nettamente questo *quid*, e provare veramente, che consta di un vero veleno da fermento.

4.° — Che se non conoscessimo questo fermento, come assai bene il possiamo, pure noi dovremmo sospettare ugualmente, che qualcosa di simile ai virus, ai fermenti, sia causa della pellagra, piuttosto che l'insufficienza alimentare, perchè la vediamo sopravvenire alle volte quasi improvvisamente in individui robustissimi e senza particolare disposizione, e allora anzi, più spesso in modo letale. — Un'altra ragione dovrebbe pure farcelo sospettare. — Vi ha, come dice un egregio clinico, nostrano, il Cantani, nei primordii di tutte le malattie, prodotte da virus, veleno, fermento morbifico, dei fenomeni, che chiaramente accennano ad una speciale azione di affinità tra il virus inficiente e determinati gruppi cellulari dell'organismo, come l'alterazione delle mucose e della cute nelle febbri eruttive, delle ghiandole intestinali e mesenteriche, e della milza nel tifo, della milza nelle malattie di malaria. — Un simile rapporto si notò anche nella pellagra, ove la cute e il sistema nervoso sono, per i primi, colpiti a preferenza.

(1) Il Polli sospettò generati da fermento morbifico gli erpeti, per la mobilità loro, per la retrocessione o scomparsa a seconda dei perturbamenti della nutrizione, e pel trapasso gentilizio. Eguali ragioni militano, pure, per la pellagra.

Digitized by Google

Queste elettività specifiche spiegano la lenta incubazione del morbo pellagroso, e le sproporzioni, che spesso si notano, tra la gravità dei primi e degli ultimi sintomi; quasichè, - mi esprimo ancora colle parole di quel clinico sullo stesso argomento - « il veleno prendesse suo centro in » quei gruppi cellulari, i quali poi assumendo ed » elaborando morbosamente il plasma, già anor» male, riprodurrebbero in maggior quantità, o » con più triste efficacia, quella sostanza, che ori» ginariamente li perturbò. »

5.° — Così pure si osserva e nella pellagra e nelle malattie d'infezione quell'altro carattere particolare, dell'assumere, alle volte, un decorso precipitoso, galoppante, e come lo si chiama dai moderni clinici, d'intossicazione acuta. Così accade della malaria nelle perniciose, della sifilide nella sifilide galoppante, delle tifoidi nel così detto tifo tumultuario, del colera nel colera fulminante; e ciò, sia perchè il virus fu introdotto in grande dose, o perchè sia di più potente efficacia, o meglio perchè trovi una più speciale affinità nei gruppi cellulari dell'organismo colpito. — E così accade in quella forma di pellagra, che appunto per la sua forma e violenza si dovette chiamar *tifo pellagroso* anche dai meno disposti a credere la pellagra una malattia d'infezione, non essendo vero (come lo dimostrò il Verga, e spero dimostrerò pur io), che il tifo pellagroso sia un tifo sopravvenuto in pellagrosi, avendo caratteri anatomici, clinici e chimici, tutti affatto particolari.

6.° — Un altro carattere delle malattie da veleno, da infezione ecc., a stadio inoltrato, è di presentare un certo tal dato gruppo particolare di sintomi affatto caratteristico, specifico, dirò, per adoperare una parola forse troppo abusata. Così nell'alcoolismo le allucinazioni di insetti schifosi, il tremore; nell'avvelenamento saturnino la paresi degli estensori; nell'avvelenamento dello *sclerotium maidis* la perdita dei peli. Così pure la pellagra produce quei sintomi caratteristici, che sono la desquamazione, l'idromania, e la tendenza all'arrestarsi delle forme morbose in alcune stagioni, e precipitarsi in altre.

7.° — Quanto all'acutizzazione e scoppio del morbo di preferenza in primavera, ciò non osta punto alla supposizione di una causa specifica. Ne abbiamo la controprova nell'alcoolismo, che nei paesi (Svezia), ove domina endemico, si sviluppa di preferenza in Maggio.

8.° — Contro all'esclusività della causa dell'insufficienza alimentare, io non porterò il cumulo della grave autorità di gente quasi contemporanea al comparire della pellagra — Marzari, Sette, Guerreschi (1), nè quella del Ballardini dal Roussel, ecc.; nè dirò, che perfino lo stesso Lussana abbia eseguito o descritto esperienze per provare che lo *sporisorium maidis* produce effetti molto analoghi a quelli della pellagra nell'uomo e negli animali. — Questo dirò, che la teoria, su cui quella spiegazione si basa, è ormai, da ogni parte, infirmata; comechè nella classificazione di Liebig non entrassero per es. quelle sostanze minerali, che senza esser azotate pure sono essenzialmente plastiche, come il fosfato calcico, il cloruro di sodio, senza cui non esisterebbero nè ossa, nè sangue, nè cartilagini; nè quelle altre così specialmente influenti sul cervello, come l'oppio, il caffè ed il vino, i cui effetti sono in isproporzione e contraddizione colla piccola quantità di sostanza respiratoria che contengono, ed in cui, secondo Liebig, starebbe tutta la loro efficacia. Nè il Liebig avea avvertito, come molte volte le sostanze, che egli chiama plastiche, fan da respiratorie, e viceversa; così l'alimento respiratorio per eccellenza, lo zucchero, per opera della bile e del pancreas e della secrezione intestinale si cangia in grasso; ora il grasso entra formar parte del latte, dei nervi, dell'uovo e soprattutto dei corpuscoli bianchi del sangue. Cavate il grasso alle cellule nervee, al globulo del sangue, e queste si sformano. Cosa può esservi, dunque, di più *plastico* del grasso e dello zucchero? Viceversa, l'albumina riesce un alimento respiratorio, quando brucia per diventar fibrina (Moleschott, Longet, Mulder).

Ma quello che più monta, - anche volendo prestar fede, in tutta interezza, alla classificazione Liebighiana, - essa non solo non puossi applicare alla spiegazione della patologia della pellagra, ma piuttosto vi contrasta. — Infatti, come mostreremo con tutta certezza, i muscoli volontarii, le carni, non sono mai alterate nei pellagrosi; invece i polmoni, come ben argutamente ci nota Michelacci, i polmoni che dovrebbero esser integri in individui, che di alimenti respiratorii hanno fino eccesso, offrono alterazioni assai frequenti, e fra queste la più frequente è l'*atrofia*. Io notai, infatti, l'atrofia, l'enfisema, e qualche volta la cangrena nei miei pellagrosi sezionati (v. parte 3.ª); e il Dalla Rosa rinvenne la tubercolosi pulmo-

(1) La stessa opinione fu divisa dalla Commissione Romana, dal Maggiorani, che assisterono or ora all'introdursi dei primi casi di pellagra in quei paesi, e che la derivano dal formentone *guasto* sia per il clima o il modo di coltivazione o di raccolta o di conservazione (v. casi pratici e studi del morbo pellagroso endemico in Capranico. (Bologna 1860. Bullett. delle Scienze mediche XVI., 334. - Giorn. Med. di Roma 1865, p. 549). — Questa opinione, bene avverte il Corradi, merita maggiormente d'essere considerata, perchè le ragioni etiologiche si scoprono più facilmente, dove il *morbo è nuovo*, e le gentilizie e locali non si mescolarono colle cause proprie della malattia (Dell'Igiene Publica p. 49, 1869).

Digitized by Google

nare, l'atrofia, in quasi tutti i pellagrosi morti all'Ospedale di Trento. E questa della tubercolosi non è osservazione punto nuova; se ne trovano nello Strambio, nel Verga, nel Nardi, e anzi nei tempi addietro pare la tubercolosi polmonare nei pellagrosi lombardi fosse più frequente d'adesso. — Quanto al tessuto nervoso, al cerebrale, composto come è in grandissima parte di un adipe fosforato, sotto l'uso di un alimento tanto adipogeno e ricco di fosfati come il maiz dovrebbe conservarsi nello stato più florente di nutrizione. Eppure l'alterazione precipua, tanto funzionale che istologica, dei pellagrosi, è nel sistema nervoso.

D'altronde noi sappiamo che al Messico, nelle Canarie e nel Sud dell'America gli abitanti sono esenti dalla pellagra, eppure si nutrono, esclusivamente, di maiz, cui usano non solo come pane ma come companatico e perfino come bevanda.

Nel Perù antico il maiz era da tanto tempo in uso, che quasi tutti i mesi venivano nominati dallo stato dello sviluppo del maiz, così Gennaio, *hachy precoy*, dallo stato sottile e immaturo del maiz; Febbraio, *hatun poccoy hatun*, dal crescere del grano; Aprile, *arihen*, *orecchie del maiz*, dall'esser così maturato il maiz, che i mietitori già *se n'ornano l'orecchie;* Maggio, *aymarag*, *immagazzinamento del maiz* — (Astron. of the New World. - Boddaert. 1866 London).

Nel Messico dal maiz prendeva il nome un giorno della settimana ed un Dio. Che più? Il maiz entrava per fino nella cosmogonia, anzi nell'origine dell'uomo attuale. — «I primi abitatori» si legge nel Popol Vuh, la Bibbia Messicana «erano *man-* » *nechini* di legno, e perirono presto; il vero uomo » fu creato dagli Dei, *dopo che essi* scopersero il » maiz». E a proposito di ciò si introduce a parlare, in occasione del diluvio, il Metatel, o pestello del maiz, contro il vecchio padrone: «Voi uomini » ci tormentaste di notte e di giorno facendoci fare » *holi holi huque*, ebbene saremo noi, ora, che vi » macineremo. » (Popol Vuh. par Brasseur de Bourburg. Paris 1861, p. 25).

Notai sopra, come nel Messico il maiz è un alimento più esclusivo ancora che da noi, perchè vi è usato come pane, come liquore, e come confettura. Oltre la tortilla, per es., vi è l'atolla, che è una pappa fatta di quel maiz preparato, come presto diremo, e diluito in molt'acqua. Vi è il *pozolo*, bibita fatta col maiz grillato, polverizzato e fermentato. V'è l'*atolla di Pinola* fatta col maiz torrefatto, mischiato al latte e all'acqua. V'è il piatto fatto di maiz ancora tenero, ed il maiz fritto e ridotto a salsa, o carbonizzato al fuoco, o terrefatto col miele, o finalmente misto in polvere allo zuccaro, che si porta nelle tasche di ogni viaggiatore (Coindet. - Le Mexique pag. 140, 1868. Paris).

Il riso è fra gli alimenti più comuni, e il più ricco d'acqua dopo la zucca; egli è molto più scarso d'azoto del maiz medesimo, eppure popolazioni, che di esso esclusivamente vivono, non hanno pellagra. I negri di Kou-Ney e di Varriba vivono di solo riso, e stanno benissimo (Lander, Reise zu Esforsch. der Niger. 1859). E gli Isolani di Fidschij, del mare del Sud, sono robusti, eppure vivono di sole radici di yam. Il Benguel è un eccellente operaio, eppure si alimenta di sola farina di Maniocca (Waitz. Anthropologie. II., 1868). Il Chinese ricco e povero vive di solo riso e cavoli (Masfai), e non può concepire che vi siano paesi che possano sussistere senza riso; possiede buoi, e vacche, ma non ne mangia, e tutti i cibi animali, usati dai ricchi, qualche rara volta, si riducono a ratti e cani (Reise. der Oest. Fr. Novara 1869. Anthropolog. Theile II).

Il cibo principale di Giava è il riso pei ricchi, e pei poveri il maiz, con qualche patata per giunta; solo nelle grandi feste vi si mangia carne (Id. pag. 79), eppure a Giava non v'è pellagra.

Ma lasciamo i Chinesi e gli Indiani, di cui potrebbero contarci fole i viaggiatori, e parliamo delle terre di Lomellina, ove del riso si fa non solo minestra, ma pane, e dove pure scarseggia la pellagra. E come non si manifesta la pellagra - in Sardegna e Sicilia, ove si nutrono di lattuga e di fichi d'India, alimenti così poco plastici? (1). E come non si manifesta in Irlanda, che vive di patata, cibo meno azotato del maiz, e qualche volta scarseggia anche di questa?

E come mai la pellagra si è manifestata, ora che, senza contrasto, anche al povero, in grazia delle nuove scoperte, riesce assai meno grave il modo di sussistenza, e che, quindi, più che in antico, potrebbe procurarsi le carni; e non si è manifestata nei tempi del Medio Evo e dell'Evo più antico, di Roma, in cui spesso al povero popolo mancavano del tutto e gli alimenti plastici ed i respiratorii, che è ben peggio?

Ma volendo tenerci strettamente ai sillogismi degli avversari, come non si manifestò in quei poveri schiavi di campagna, che Catone ed i suoi discepoli mantenevano, solo, cogli olivi marci caduti dagli alberi? Cibi, credo io, essenzialmente respiratorii e molto meno azotati del maiz? — Come non si manifesta negli Otomachi, che vivono quasi esclusivamente di argilla grassa? — Come non si manifesta in quei poveri Cooli, Chinesi e Cypay indiani, che si nutrono, esclusivamente, di pochi pugni di riso, e in quei Fellah nutriti di sole cipolle.

Abbiamo già veduto, che la pellagra qualche volta non solo non produce marasma, ma si presenta in individui robustissimi. Strambio scriveva: Macies non est pellagrae necessarium symptomum; plurimos vidi optime corporis habito dotatos. —

(1) Corradi. Note sur l'etiologie de la pellagre 1865.

Digitized by Google

Calderini su 1000 pellagrosi ne notò 490 robusti. — Verga trovò parecchi individui ben nutriti fra i suoi sezionati pellagrosi.

Il Lussana per non contraddirsi li dice solo adiposi; ora abbiamo, è vero, riscontrato e negli uni come negli altri qualche volta la degenerazione adiposa di alcuni visceri, ma quella dei muscoli quasi mai; la trovammo due volte soltanto su 55 casi. E d'altronde il dinamometro segna cifre, che non sarebbonsi potute notare da individui a muscoli degenerati (1).

Il marasma pellagroso, del resto, ha caratteri suoi speciali, che non si accumunano a quelli del comune marasma. — Invece di atrofia del fegato, più frequente è in essi l'adiposi, - invece dell'adiposi dei muscoli, è comune l'assottigliamento e l'atrofia, - invece dell'ateroma dei vasi, si ha pigmentazione, - invece di stitichezza, si ha diarrea, - il sangue, lungi dall'essere scarso di fibrina, ne è ricco, come vedremo, - ed il marasma ordinario non compare, ch'io sappia, mai, coll'idromania, nè colle intermittenze, singolari, della pellagra.

10. — Si dice: La pellagra infierì dopo le carestie del 1854 per es. nelle campagne del Ravennate, Ferrarese e del Bresciano. I benestanti, anche se mangino del maiz ammalato, non contraggono la pellagra, e ciò perchè essi procuransi altri alimenti plastici. È un errore di logica. Lasciamo stare che non patir di carestia, essere ricchi, vuol dire essere in condizione di scegliere il maiz più ben conservato; ma dato anche, che qualche volta debbano anche i ricchi pur prenderne dell'ammuffito, l'immunità loro pur non dovrebbe sorprenderci, perchè la si osserva in tutte le malattie, e più in quelle d'infezione; perfino nel colera, tifo, nella malaria, che, a pari condizioni, assalgono di preferenza, e assaliti, uccidono coloro, che si nutrono di cibi scarsi e malsani. Da ciò anzi dipende la vita media maggiore degli agiati. Diremo noi, che la malaria ha per causa lo scarso alimento, perchè i massari e i grossi fittavoli, che bevono bene e meglio mangiano, non la contraggono? — Diremo che la ergotismo non deriva dalle malattie dei cereali, perciò che assai poco v'andavano esposti quelli, che oltre la segala mangiavano carne e bevevano vino?

Anche i fisiologi conoscono, che i veleni, che persino le operazioni chirurgiche, variano nella letalità, secondo che trovano il paziente in istato di inanizione o bene nutrito, e che i cani in istato di inanizione non possono sopportare le più lievi operazioni chirurgiche (Bernard).

Non è naturalissima cosa, che il caffè, il vino, accompagnati da lauto vitto carneo e da una vita non affaticata, neutralizzino, in gran parte, gli effetti di quel pochissimo maiz avvelenato, che si fosse introdotto nell'organismo, o che almeno non gli permettano di fare quei guasti, che farebbe in un corpo affralito dall'inedia e dalle fatiche.

Noi dobbiamo notare anzi a conferma di ciò, che a Pieve Porto Morone, Villanterio, e Rivoli l'infuriare della pellagra coincide colla comparsa della crittogama della vite. La stessa cosa par sia successa nel Trevisano, secondo il Liberali, e nel Massese secondo il Vaccà. — Viceversa a Bologna, che dava un contingente grande e costante di pellagra, la pellagra ora è scomparsa, come accuratamente mi mostrò il Zani, in causa della bontà delle viti e dell'estensione dell'uso degli alcoolici nel popolo minuto; il che è dimostrato indubbiamente dal maggior numero di alcoolismi, che vi raggiungne il 20 per 100 dei pazzi, mentre da noi appena il 2 per 100. Qui abbiamo in gioco tre cause: la neutralizzazione del veleno maidico in grazia del vino, - la maggior agiatezza, per il prezzo aumentato del vino, - ed il divenir maniaci alcoolisti quelli che forse sarebbero stati pellagrosi.

Ma tuttociò non s'oppone alle nostre deduzioni. Noi vedemmo, anzi, nei nostri sperimentati, che su 6 bevitori 2 non sentirono punto l'azione del veleno, e 2 altri assai poco e assai più tardi.

D'altronde gli è certissima cosa, che non tutti i ricchi sfuggono alla pellagra, e che vi hanno individui, che oltre il maiz prendono altri cibi plastici, eppure contraggono la pellagra. Io ne riscontrai 18, che vivevano oltrecchè di maiz, di paste, vino, salume, carne. Paolini racconta di una ricca donna, che viveva di carne porcina e vino, di cui abusava, e di maiz; e in primavera patì desquamazione cutanea, melanconia, cefalea, debolezza, diarrea, e migliorò coll'acqua della Porretta. Strambio pure narra un simile caso, e un altro ne descrisse il Bologna a Recoaro.

Tuttavia io non voglio insistere su questi fatti, perchè sono pochi in confronto degli opposti, e si potrebbero spiegare coll'eredità (1), e qualche volta con una diagnosi sbagliata dalla parte del medico.

Intanto noto che dei ratti e dei polli avvelenati dal maiz guasto, anche quelli che si cibavano di *carne*, offersero fenomeni pellagrosi, e degli uomini esperimentati, anche quelli che ben

(1) Anche la Commissione di Milano, scrive il Robolotti, nel 1859, accennò a questo errore del Lussana, e notò in molti pellagrosi integri conservarsi i movimenti, e darsi pellagrosi con muscoli robusti e cuore ipertrofico. — (Della Pellagra 1865. Padova. - Io non potei rinvenire questo rapporto).

(1) Calderini notò, che l'8 % delle donne, e il 41 % degli uomini pellagrosi, da lui esaminati, dissero aver mangiato carne almeno la domenica, l'87 % prese latte, il 17 % bevve vino, e il 33 % mangiava pane di frumento (Notizie medico-statistiche sulla pellagra. 1847 Milano).

Digitized by Google

si nutrivano, ne soffersero chiari sintomi. — Tutto questo mi pare per sè solo bastevole ad abbattere le teorie avversarie.

11. — È certo che molte altre cause influiscono sullo scoppio definitivo del morbo pellagroso, e basta per convincersene dare un'occhiata alla seguente tabella eziologica raccolta sul sito nelle varie provincie dell'Alta Italia.

TAVOLA dell'Eziologia della Pellagra

	Numero degli osservati	Genitori pellagrosi	Fratelli pellagrosi	Figli pellagrosi	Congiunti pellagrosi	Genitori apoplettici	Genitori epilettici	Genitori artritici	Genitori pazzi	Congiunti pazzi	Genitori migliarosi	Genitori beoni	Madre cardiaca	Madre scorbutica	Nonno encefalitico	Padre canceroso	Cretinismo e gozzo nei congiunti	Matrimonio consanguineo	Eccesso di lavoro manuale	Veglia eccessiva	Dispiaceri e miseria	Alcoolismo	Puerperio e allattamento	Abuso di donne	Ingest. preced. di maiz ammorb.	Salassi	Paura
Brescia. .	46	6	—	—	—	2	—	2	—	—	—	4	2	4	—	—	2	—	—	—	2	8	—	—	—	—	—
Mantova .	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	—	—	—	2
Milano . .	22	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Vicenza. .	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Pavia . .	100	14	8	—	4	2	6	—	2	8	—	12	—	—	—	—	2	2	—	—	6	—	6	—	12	—	10
Saronno .	16	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tirolo . .	40	10	6	6	12	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	—	—	—	—	6	4
Torino . .	10	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Treviso. .	20	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	4	—	—
Varese . .	14	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Verona . .	160	16	14	12	—	8	—	2	2	8	4	2	—	—	2	2	10	2	—	—	6	4	2	2	20	—	—
Totale.	472	74	28	18	16	14	6	4	4	16	10	22	2	4	2	2	20	4	2	2	22	18	14	2	42	6	16

Si vede da questa tabella, quanto vi influisca l'eredità, sia della pellagra degli stessi genitori, come di altre malattie, massime dell'apoplessia, pazzia, artrite e soprattutto alcoolismo; e, quanto all'individuo stesso, vediamo contribuirvi non lievemente la influenze morali, i dispiaceri, la paura, poi l'alcoolismo, il puerperio e l'allattamento, l'eccesso dei lavori, della veglia e dei salassi. Quest'ultimo soprattutto in Tirolo, ove per un singolare anacronismo il metodo antiflogistico vive ancora in tutta la sua interezza.

Ma tutto ciò non esclude, punto, la causa specifica, la quale si rinvenne del resto in un buon numero di volte, come il rinvenire simili cause associate all'uso dell'alcool negli alcoolisti non ci impedisce dall'attribuire all'alcool la causa precipua del loro male.

Quanto all'eredità da noi riscontrata più volte, è troppo facile il comprendere, come non escluda punto la causa specifica, quando conosciamo le lesioni organiche profonde prodotte dal veleno maidico; lesioni che non è meraviglia se si riproducono nei figli, tanto più che loro s'aggiunge quasi sempre l'uso di quello stesso maiz malato, già così dannoso ai loro parenti.

12. — Quest'ultima osservazione valga a combattere la poco valida obbiezione di Lussana, - che un morbo prodotto da un veleno non potrebbe avere un decorso così ostinato. — E l'alcoolismo, la sifilide, l'acrodinia, e la rafania e l'idrargirosi ed il morbo saturnino, non percorrono, giunte ad un certo stadio, una fatale parabola anch'esse?

13. — Se non che si disse per es. dalla Commissione Piemontese, che con tanto acume si occupò dell'argomento, avervi paesi che cibansi, esclusivamente, di maiz, qualche volta perfino malato, e non soffrono pellagra; e, viceversa, v'ha gente, che non visse del maiz, e la sofferse. — Questa seria obbiezione, ripescata più tardi dal Landouzy, perde molto della sua gravità sotto l'analisi minuta dei fatti.

Si vede allora, come spesso la pellagra, che si credeva esserne mancante nei paesi ove avvi maiz malato, esiste, ma non vi fu, ancora, avvertita: così accadde certo per es. nel paese di Gambolo, dove la Commissione Piemontese non trovava pellagrosi, ma dove ora vedonsene, in tanto numero, da esser impossibile che non esistessero in più piccolo, allora.

Qualche volta poi si è tratti a negarne la esistenza dalla malizia e vanità umana. Così vedremo la storia di un Veneto, che mi asseriva essersi sempre molto bene nutrito, come quegli che, attendendo a lucroso lavoro, guadagnava 6 franchi al giorno, eppure improvvisamente ammalò di pellagra; ora, io stupefatto, feci ricerche

Digitized by Google

fra i suoi compagni e dal padrone, e verificai come era vero, che dapprima egli vivesse bene, ma che si ubbriacava; e che, *cacciato da lui appunto pel suo vizio*, *cadde in miseria*, *ed allora dovette mendicare*, *e spesso ricevette*, *per carità*, *maiz guasto.* — Se io non avessi dubitato dell'asserzioni sue, se i suoi vecchi compagni fossero morti - ecco una storia che avrebbe parlato contro la teoria dell'affezione maidica.

Altre volte è vero che la pellagra non esiste malgrado l'uso del maiz, ma le circostanze locali, che influirono sulla immunità, non furono abbastanza messe in rilievo.

Per es. Biella, citata giustamente dalla Commissione Piemontese come esente dalla pellagra, si ciba, è vero, di maiz, ma la emigrazione, l'industria di quella vera Manchester del Nord, vi hanno introdotto anche nel più basso ceto una relativa agiatezza, quindi, oltre il maiz, vi si prende vino, caffè e carni, ed il maiz malato si rifiuta.

A Cerasa, S. Costanzo, Mondolfo in quel di Fano, la pellagra, che dominava, è scomparsa. Perchè? Perchè un vero filantropo, Costa, da 30 anni vi introdusse la coltivazione della lupinella - *hedysarum coronarium* - alternata colle fave, che ingrassò il terreno, offerse più largo pascolo al bestiame, il maiz vi venne sempre meno coltivato, e quindi il contadino s'ammigliorò (Zani. Dell'aumento della popolazione dei manicomi ecc. 1869).

Alla Porretta pessimo è il maiz, ma il popolo vi emigra, ed arricchisce, e vi unisce il cibo di castagne e veccie, mentre nei vicini comuni sul versante settentrionale dell'Appennino, là, la polenta è cibo esclusivo - e v'è molta pellagra.

A Parma l'uso del *pane* di fava ed i lauti contratti colonici preservano dalla pellagra, che predomina nel Reggiano.

Chieri è paese di Piemonte, ove io stesso rinvenni alquanto maiz malato, ma la industria dei filatoi a mano, avendo fatto crescere i prezzi del bracciante, il contadino vi vive più agiatamente, quanto all'alimento, del fittabile lombardo; p. es. una famiglia colonica, composta di tre maschi, due donne ed un bovaro, riceve dal padrone per compenso 280 franchi all'anno, 16 sacchi di grano, 13 di maiz, 12 brente di vino, 20 di vinello, e latte a sazietà.

In Calabria si notò pure, dal Pasquali, il verderame del maiz, ma anche là i contratti colonici sono eccellenti, quindi e il maiz cattivo non si mangia, e si può neutralizzarlo con altra sostanza. Una famiglia, infatti, di 4 braccianti nelle Calabrie consuma 14 ettolitri di grano, 1 di fromento, 1 di maiz, 2 di legumi, 88 libbre di cipolle, 15 di pomidoro, 6 galli. (Sull'Agricoltura in Calabria 1862 Napoli. Pasquali).

Alla Cava Carbonara non si trovano pellagrosi, che abbondano in paesi vicini, per es. ad Albignola. Eppure vi si trova maiz guasto; ma il paesello brulica di operai, di emigranti, i quali con lavori più proficui, che quelli della campagna, possono procurarsi maiz buono, ed anche pane bianco.

S. Zenone si trova sul Pavese nelle medesime condizioni agrarie e geodetiche di Pieve Porto Morone, onde è spesso anch'esso inondato, e il suo maiz guastato, eppure è esente dalla pellagra, mentre l'altro ne è invaso. Perchè? Perchè nel primo villaggio molti piccoli e umani possidenti mantengono in sufficiente agiatezza il colono, che nel secondo è abbandonato a sè, e spesso dalla miseria e dai crudeli contratti colonici è costretto a nutrirsi di quel maiz guasto, che i bovini ed i porci rifiutano, non essendo rimasto sul paese che qualche scarso ed avarissimo proprietario.

Rovigo va ricca di maiz, e maiz malato, ma il contadino non solo vi riceve dal padrone compensi in natura, maiz, fagiuoli e vino, ma anche denaro, e un pezzo di terreno da coltivare per sè. — Perciò rientrano qui i contadini nelle condizioni laute dei cittadini; che, se anche devono prendere qualche volta dei grano malato, io neutralizzano coll'alimento eccellente.

Così pure Rovato nel Bresciano è poco distante da Cuzzago. Il primo paese ha un terreno fertilissimo, sterile il secondo. Ebbene in questo non v'ha quasi traccia di pellagra, e molto ve n'ha nel primo. Gli è che nel primo paese, appunto per la ricchezza delle terre, si mantenne il sistema detto *schiavone* (salario annuo miserissimo); nel secondo, la terra essendo secca, i padroni per poterla far fruttare concedono un terzo del raccolto al colono, che così ha orzo, segale ecc. Ed eccoti il contadino migliorato di vitto e salvato dalla pellagra appunto per la cattivezza dei suoi proventi.

Un'altra osservazione analoga:

A Gardone la pellagra va in ragione diretta della estensione dei terreni di dati proprietarii; ciò si spiega, perchè il maiz vi matura male: ora quando è in piccola quantità, è più facile farlo seccare; quando invece è in grande quantità, essendone assai più difficile l'asciugamento, facilmente si guasta. Ecco qui ancora una ricchezza relativa, causa del peggioramento del male.

Nelle campagne di Innspruck in Tirolo si espongono le pannocchie al sole su una specie di telaio, che scende dal tetto alla corte od alla finestra; e così asciugansi e seccansi. Ivi non è pellagra — Ma questo metodo non serve che per i piccoli proprietari, - esso sarebbe impossibile in grande scala.

A Pavia domina poco la pellagra, eppure per l'umidità del clima dovrebbevi più facilmente guastarsi il maiz; ma ivi sono frequenti le aie ed i forni asciugatorii, e poi ivi si coltiva anche e si mangia, molto, il riso.

In Brianza le terre sono fra le più salubri e fertili, ed anche delle più asciutte, e ivi il contadino

Digitized by Google

fa pane del proprio maiz; pure la pellagra vi domina assai più che per es. a Melegnano; ciò dipende perchè in Brianza la pietra viva costa molto, e perciò invece di aie si adoperano dei pezzi di terreno battuto, ciò che rende assai più difficile l'asciugamento del grano. A Melegnano, invece, vi sono le aie, vi sono i forni essicatorii, e perciò, malgrado il pane maidico dei coloni venga fornito quasi sempre dai proprietarii, i quali certo non sceglieranno il maiz migliore, pure non esiste la pellagra.

Nell'alta Lombardia in genere vi è assai più pellagra che nella bassa, malgrado che qui la maggiore umidità debba ben più deteriorare il grano, perchè in genere il raccolto del maiz si fa nelle terre basse assai più tardi, e perciò non vi si coltiva il quarantino, il quale è più facilmente colpito dal morbo.

Nel territorio di Rivoli, Pazzone paese salubre e fertile è pieno di pellagrosi, mentre Cà del Lumini, paese vicino sterile ed umido, ove la polenta non matura, ne è affatto esente; ma ivi appunto il maiz non maturando bene, il colono deve farselo venire da Verona, dove è buono.

Così pure in Romagna la cattivezza eccessiva del grano è quella che salva dalla pellagra, perchè il maiz, che ivi riesce di qualità inferiore, viene dato agli animali, o venduto all'estero per simile scopo.

In alcuni paesi finalmente più ancora del cattivo maiz prevale l'influenza ereditaria. Così a Casale nel Trevisano, a Dolce e Rivoli nel Veronese, a Cella nel Reggiano, ad Inverno nel Pavese, a Sermide nel Mantovano, a Favrio nelle Giudicarie, quasi tutte le famiglie ne sono affette per eredità, e ormai non è più solo nel maiz malato che si può ritrovarne la causa. E questa causa, che spesso è taciuta per vergogna, è quella che mise tanti sulla falsa strada dell'eziologia pellagrosa; - poichè vedevansi individui cader pellagrosi, che non si nutrivano di maiz. Una fonte d'errore nell'osservazione, che causò una grande confusione nel nostro argomento, procedette dallo spirito preconcetto dell'osservatore. Per esempio Landouzy e Billod, preoccupati dall'idea che la pellagra possa aversi senza maiz, trovavano pellagrosi tutti gli alienati con desquamazione, alcoolisti, paralitici ecc. — Peggio il F. Calori partendo dall'idea che la pellagra fosse contagiosa, idea che anche lo Zecchinelli divideva, credette ed asserì che la pellagra si manifestò tutto ad un tratto nel Bolognese dopo la venuta di alcuni risaioli Parmensi. Chi non legge con attenzione il suo lavoro, chi non s'accorge dello strano abbaglio, che gli fa prendere dei *sifilitici* con *ragadi*, con *papule alla faringe* per pellagrosi, trovasi assai imbarazzato nello sciogliersi il problema; è la causa della confusione è un errore grossolano di osservazione e anche di deduzione; perchè la pellagra non già allora solo v'era penetrata, ma sì, certo, fino dal 1815, quando il Guerreschi, la vide ingigantire nell'Emilia in seguito allo smercio di maiz marcito per opera dell'armata alleata. Ed a proposito di questo errore vedo l'illustre Corradi, inclinando anch'esso a credere contagiosa la pellagra, citare con troppa compiacenza il Calderini, che notò crescere la probabilità della diffusione della pellagra nella famiglia in ragione diretta della loro intimità; - ma non è questo naturalissimo, perchè sedendo, quanto più intimi, più frequentemente al medesimo desco, più facilmente insieme si avvelenano col maiz ammorbato?

Io ho iniettato, del resto, sangue di pellagrosi in cani e conigli senza produrre la più piccola azione. — E quando mai il ricco massaio contrasse la pellagra da quei coloni, con cui conviveva anche troppo al di fuori dell'ora del pranzo? — E quando la contrasse il medico?

Ma appunto ed a proposito del Calori devo aggiungere un'altra causa d'errore d'osservazione, che è la poca conoscenza del morbo pellagroso nei medici, che vedono il male per le prime volte. Questa causa spiega il perchè si sia veduto accusare la pellagra d'aver invaso quasi improvvisamente, nel Perugino, nel Triestino e Pisano. Gli è che fino al momento in cui i medici ne abbian veduto molti e molti dei pellagrosi, li battezzavano per manie, paresi, alcoolismi, come certo fino all'ultimo decennio successe in Francia, all'inverso poi di quel che succede a pellagra inoltrata, ove allora anzi battezzansi in campagna per pellagre tutte le manie ed alcoolismi.

Questo errore era facilitato dall'andamento della pellagra, che non potea invadere senza uno stadio lungo di incubazione, durante il quale i sintomi erano troppo poco rilevanti per poter richiamare l'attenzione del medico di campagna. — Il medico di città poi che ne vede rari casi, che non assiste alle operazioni agrarie, è tratto in errore per altre cagioni. Così il Bonnucci meravigliò dell'esser comparsa nel Perugino la pellagra improvvisamente quasi nel 1855, e non ricorda che ogni anno aumentò la diffusione dello zea maiz, e che nel 1854 gli effetti del veleno furono raddoppiati dalla carestia, che invase tutte quelle terre: ma il Dott Frontali, che era in campagna, potè vedere bene che la recrudescenza della pellagra nel Ravennate del 1854 doveasi alla carestia (Bullett. delle Scienze Med. 1856), analogamente a quanto osservò il Gambari nel Ferrarese.

15. — Pare che in alcuni paesi, per es. Villanterio, Rovato e Busto Arstizio contribuisca a diffondere la pellagra la mala confezione della polenta; la bollitura della stessa, portata ad alto grado di temperatura, deve giovare, forse, a diminuire l'azione morbifica del grano malato, che

Digitized by Google

prevale se essa sia poco protratta. Si notò in quei paesi, che i lavoranti d'assi, i tirolesi segatori ambulanti, che mangiano sempre polenta, ma molto *cotta* e ben fatta, non ammalano mai, od invece gli stessi cominciano ad ammalare di pellagra, quando fermandosi stabilmente nel paese, ne contraggono l'abito, e quindi il malo modo di confezione del maiz, cioè il pan giallo.

Similmente a Rovato un grande proprietario trovò utile, per diminuire il numero dei suoi pellagrosi, il sopprimere i forni ove essi cucinavano il pan giallo, e far loro preparare la polenta calda a mano. — È il sig. Guadagni.

In alcuni paesi, abituati da centinaia di secoli all'uso esclusivo del maiz, come in Bolivia, come al Messico, la patria del maiz, non vi è pellagra che rarissimamente. Questo fatto è attestato da testimoni irrefragabili, come in Italia da Mantegazza e più recentemente in Francia dal Dott. Coindet. Ma la causa della relativa immunità (perchè qualche traccia qua e là ve n'ha nel piano di Anehual) devesi a ciò:

1.° Che il maiz assai raramente ammuffisce nell'alto Messico, uno dei climi più asciutti del mondo.

2.° Che dovunque è raccolto in magazzeni costrutti con cure singolari.

3.° E questa è principalissima causa; che fino il più povero adopera modi di confezionare il maiz, che ne neutralizzano, in gran parte, il veleno, come l'arrostimento, o la bollitura colla cenere *tesquaquite*, o colla calce o soda, con che lo si sottopone ad una enorme temperatura, e lo si priva della cuticola, cui aderiscono le particelle più ammorbate del grano.

Ecco per es. come si fa la *tortilla*.

Si pone in un vaso di terra, ricolmo a metà d'acqua, tanta calce fino a farne una broda consistente; poi vi si getta il maiz, e lo si lascia al fuoco per 18 ore; si separa dall'acqua di calce, e lo si lava, e poi lo si tritura dalle donne sopra un piano inclinato di aspro granito con un cilindro pure di granito, indi lo si passa al forno, e se ne ha la tortilla.

L'uso di queste confezioni è così generalizzato, che perfino l'armata ha dietro di sè una seconda armata di donne per preparare questo pane, e che le donne acquistano nell'esercizio di questa operazione uno sviluppo particolare di certi muscoli del braccio. — Una prova che questa preparazione, sola, preserva dalla pellagra, è che i cavalli nutriti di maiz ne furono affetti anche nella recente spedizione francese, benche oltre al maiz fosse loro fornito orzo, segala, ed avena: e certo perchè le donne per gli animali non avranno confezionato il maiz al modo che ai loro concittadini, e perchè loro fornivano il maiz più guasto. — In questi cavalli notavasi dimagramento, vertigine, tristezza, convulsioni, follia, soprattutto nei mesi caldi; e fenomeni analoghi notaronsi a Pau in 60 cavalli di posta nutriti di cattivo maiz.

16. — Una individuale immunità del resto dagli effetti del maiz ammorbato non contraddice punto alla nostra teoria; noi ne ebbimo anzi esempi negli individui assoggettati all'uso del maiz avvelenato 11 su 28 nelle prime esperienze, e 2 su 12 nelle seconde. E nessuno nega l'azione della sifilide, malgrado vi siano individui, che esposti al contagio nol contraggano.

17. — Ma si chiederà: Se il maiz ammorbato è causa della pellagra, perchè non ce l'accennano mai i colpiti, e perchè v'è tanta difficoltà a rinvenirlo? La causa è, da una parte, la vanità e l'ignoranza e l'eccessiva docilità dei poveri consumatori, e dall'altra la tristizia dei venditori. Di maiz ammorbato se ne trova per tutto, nei fondachi di ogni grosso mercante di grano, anzi anche nei fondachi municipali; ma voi nol troverete che quando ivi siete presentato da tali raccomandazioni, che assicurino voi non andarvi per indagini officiali od officiose, altrimenti i proprietari ed i custodi vi negano ostinatamente di averne, per tema che non indagini scientifiche, ma poliziesche, vi spingano alla ricerca.

Qualche volta il grano introdotto in commercio pare sano, e non l'è, avendo appreso non solo i mercanti all'ingrosso, ma gli stessi massari a dissimularne la malattia col farlo ventilare e poi passare sul gesso, onde resti ricoperta la punta sbocciata, o verdognola del grano. Altri, senza altra preparazione lo mettono in vendita, mescolandone un poco in molti sacchi, o nascondendolo al fondo del sacco.

Qualche volta il maiz ammorbato viene in sì piccola copia introdotto nell'alimento generale, soprattutto per le frodi di mugnai, che il contadino non se ne accorge, e quindi è nella impossibilità di attribuire i suoi mali a questa causa. — L'ignoranza sua, su questo riguardo, non farà, del resto, maraviglia al pratico, che sa, come rapporto alle cause anche più patenti dei propri mali, l'uomo, e specialmente l'uomo dei campi, sia inclinato ad ingannare sè ed i medici. Quanti sifilitici non parlano di ferite che sarebbero cagione dei loro mali, quante mamme di scrofolosi accennano a pretesi traumi, a paure, come a sola causa degli ascessi dei loro bimbi? — Che sarà poi qui, dove la questione è controversa anche fra i dotti, e dove a diffondere lo errore molti medici sono spinti dalla comoda scusa, che ritrovansi alla loro colpevole inerzia.

Gli errori dei secoli passati fanno il peculio dei pregiudizi del popolo; così ora il popolo inneggia al defunto metodo antiflogistico. Che maraviglia, se esso, ugualmente, abbia addottato la teoria dei vecchi medici sull'origine *erpetica* o *solare* o *scorbutica* della pellagra. — A Verona, a S. Michele i contadini credono che la causa della

Digitized by Google

pellagra sia nei raggi del sole, che *ardono* la pelle, a Parma che sia nell'umido, a Vicenza che sia nell' erpete. — Sono le vecchie teorie scientifiche ora divenute retaggio delle plebi.

Dissi della vanità come causa delle nostre dubbiezze, e ne ho ben donde. — Nel Cremonese per esempio guai al medico, che osi dire al contadino, che egli ha la pellagra - esso potrebbe riceverne qualche brutta risposta. Esso ha il salso, - un erpete accidentale, - non mai la pellagra. Esso certo non ti metterà sulla strada di far la diagnosi giusta (1). — Certo questo dipende perchè, qui, la pellagra passa per sinonimo di *pazzia*, male che nessuno vuol ammettere di avere nemmeno in famiglia, e meno ancora quando non ne esistono ancora i sintomi.

Di più, dappertutto il misero, che è vano come qualunque altro mortale, vorrebbe poter figurare di mangiarselo sano, almeno quel maiz, che è l'unico suo piatto; ed egli dissimula spesso al richiedente di averlo dovuto mangiare guasto, per vergogna dell'estrema povertà, di cui quel fatto è indizio: tanto più che qualche volta la malattia del maiz dipende o da trascuranza ed imperizia nel raccolto e nell'asciugamento, o, che è peggio, da qualche sua frode.

Per es. a Villafranca trovai sul mercato e nei granai, a pochissimo prezzo, maiz affatto immaturo; gli è che i contadini rubano ai loro padroni molti sacchi di grano immaturo, e per sottrarlo alla ripartizione, o lo mettono in vendita, o lo ammassano in luoghi riposti, e se lo mangiano. Se questo maiz non venga consumato subito, o appena comperato non venga fatto asciuttare, esso ammuffisce e fermenta.

Alle volte la causa della pellagra da maiz avariato vien taciuta per ragioni ancor più criminose. In Alessandria nel 1867 moriva una donna per mali trattamenti del triste marito: fra le altre brutalità esso, oltre ad interdirle di cibarsi delle carni, che le erano donate dai suoi, lei puerpera obbligava a *mangiare polenta ammuffita*. — Divenne pellagrosa, e morì coperta di piaghe, nuda su un giaciglio di paglia, in uno scuro canile (2).

Molti contadini, siccome non ne furono posti in avvertenza dal medico, e siccome relativamente i disturbi prodotti, sulle prime, dal maiz malato non sono gravissimi, nè presentano analogia stretta coi fenomeni della vera pellagra, non possono accorgersi della correlazione tra il male della pellagra e il maiz guasto, e quindi non gliene fanno accusa.

Ma v'ha di peggio. — Da alcuni, ignoranti affatto dei suoi effetti, il grano malato è preferito al sano non solo per la minor spesa, ma pel gusto piccante, aromatico, che dà al pane, ed è mescolato perciò, deliberatamente, al sano. Alcuni mi dicevano, nel Veronese, che quel gusto aromatico piccante, che forniva il maiz ammuffito, era a loro così simpatico, che preferivano il grano *tocco* al grano sano. Un altro mi diceva, che esso facilitava la digestione. Un fatto simile avvenne della segale cornuta nelle Landes, ove Costallat dice, che era preferita dai contadini per il sapore forte, piccante, che comunica al cibo.

18. — Malgrado tutto ciò io rinvenni 42 pellagrosi su 472, che nettamente accusavano il maiz malato della loro infermità.

Alcuni dicevano di aver provato borborigmi, o rutti, o un senso di sbarra all' epigastrio, o un bruciore nello stomaco, e soprattutto debolezza muscolare, cefalea e nausea dopo quel cibo malsano.

Parisio di Pieve Porto Morone, di 24 anni, giovane intelligentissimo e figlio di un maniaco pellagroso, mi racconta che da 5 mesi è costretto di vivere di sola polenta ammuffita; egli dapprima non sentì altro di male che di *esser poco sazio*, e solo molto più tardi avvertiva diarrea, confusione di idee, eczema pruriginoso, molesto soprattutto alla notte, come se avesse molte pulci, orine rosse, leggere, desquamazione alle mani, feci spesso molli.

Ma un esempio dei più chiari mi venne offerto dal Giardini, proveniente dalla Cascina Visconti. Trasportato nel Marzo 1869, in uno stato di singolare emaciazione, con delirio e paresi, seguitava a borbottare tutto il giorno *polenta marcia*, *marcia mio male*. — Ciò mi pose in grande curiosità, e fatti venire i suoi parenti, seppi che nel 1867 lavorava come camparo nella cascina Visconti preso Bissone sotto il sig. Zucca affittaiolo del Litta. — Essendo indebitato col Zucca, tanto la sua che 12 famiglie non predilette dal Zucca ricevettero da esso per tutto il Luglio, Agosto e Settembre 1867 grano tocco dalla tempesta - rifiutato dai bovini - nella quantità di 2 staia per ogni otto giorni. Quindici giorni dopo aver mangiato questo grano, tutte queste famiglie provavano febbre, diarrea, cefalea, *voto* allo *stomaco*, debolezza, sicchè dovettero tener vari giorni le *bestie in istalla*, perchè nessuno era atto al lavoro. Pure malgrado stessero male gli infelici tornavano al lavoro, perchè secondo il contratto chi non lavorava dovea pagar 20 soldi di multa a vantaggio del padrone. Tutti i lavoranti reclamarono contro costui, pregandolo che *almeno mescolasse della buona alla melica marcita*, *perchè questa li ren-*

(1) Si legga la bella lettera sulla cura della pellagra, del Dott. Marenghi. Milano 1869. — È una pagina Rediana.

(2) E vi fu un medico, che scambiando la sacra veste di Ippocrate colla venale giornea dei salariati di Temi, osò attestare in difesa del marito, non essersi mai da alcuno asserito potersi originare la pellagra dal grano guasto, ma sì bene dalle *intemperie*, dalla *insolazione*, e che so io. — Nuova prova, questa, di quanto sia urgente lo illuminare i medici su questo rapporto.

Digitized by Google

deva troppo deboli al lavoro; ma lo Zucca non gratificò della buona che poche famiglie, che volea conservare alla cascina, sicchè disperati gli altri andarono via, e sono Saccone, Brambilla, Bellaguto ecc. — Il povero Giardini, che per neutralizzare il male, che gli producea quel maiz, consumò del proprio 12 napoleoni in riso, latte, stanco venne via anche egli. — Ma, invano; perchè nel Dicembre cominciarongli i fenomeni pellagrosi, che 2 anni dopo il condussero al delirio e alla paralisi. — Sua moglie pure sofferse i fenomeni gastrici ed enterici, che guarii, come vedremo, coll' arsenico.

E qui si noti, che Lussana medesimo, con quell' onestà che lo caratterizza, narra di due famiglie, che avvertirono, dopo aver mangiato un dato maiz ammuffito, i primi fenomeni pellagrosi, e sospeso il maiz ammorbato guarirono, ed altrettanto osservò il Gambari nel Ferrarese (v. Rendic. Chirug., 1865. Ferrara).

Fatti analoghi notò fin dal 1815 ed in larga scala il Guerreschi. Avendo gli alleati nel ducato di Parma dato in cibo ai cavalli maiz guasto, questi lo rifiutavano, ed i soldati per poco prezzo lo rivendevano al popolo, e in questo paese allora la pellagra si diffuse enormemente.

19. — Ma come accade egli, se i popolani se ne accorgono, che seguitino a mangiarlo? — La risposta è troppo facile: - per suprema necessità. — Alcuni o spinti dal vizio, per es. dall' alcoolismo, o dalla carezza dei viveri e pochezza delle paghe, piuttosto che morire di fame, pure di saziare lo stomaco, lo comperano, sapendone i danni (1).

Alcuni colla docilità e disciplina speciale al colono Lombardo credono non aver diritto di rifiutare il maiz marcito offerto dal padrone, massime se questo sia divenuto tale nell' epoca del raccolto. Così ad Albignola, alla cascina Borello, 13 anni fa piovve nell' aia, e si guastò il maiz raccoltovi. I cani lo rifiutavano; era invendibile. I padroni dissero ai contadini (ripeto le loro parole): Voi lo faceste, ora mangiatevelo. — Nessuno protestò; e 40 famigli ne usarono per 6 mesi, e quasi tutti sono ora pellagrosi.

Oppure come successe a Rivoli, sono nell' inverno o nella carestia costretti a patteggiare col padrone, il quale assegna loro un dato fornaio, da cui ritireranno il pane. Il fornaio, triste a dirsi, d' accordo col padrone, fornisce loro il maiz malato; ed invano il poveretto colono protesta al padrone, che fa orecchie da mercante.

(1) A Pieve Porto Morone ho verificato, che tutti i contadini sono costretti a mangiare maiz fermentato, essendosi per l' innondazione inumidita e guasta tutta la polenta del paese e dei suoi dintorni. Ora l' inondazione in quell' infelice paese si rinnovò nel 39, 49, 56, 57, 66, 68.

Qualche volta il padrone stesso fa direttamente l' infame speculazione; per es. in Albignola il carrettiere Binasco andava nel 1861 in giro a comperare maiz guasto, che poi distribuiva ai suoi lavoratori, certi Bidolini. Essi protestarono che l' avrebbero mangiato, se l' avessero colto *loro* guasto; ma che essi avendolo raccolto buono, voleano mangiare di quello là. Ma fu fiato gittato, - chè egli disse loro: (io ripeto il frasario dei miei poveri contadini) O mangiate questa minestra o saltate la finestra, cioè andate via. — Ed essi per tutto l' inverno mangiarono maiz guasto, ed ora sono pellagrosi.

In altri siti i contadini proprietari o mezzadri lasciano in deposito al mugnaio il maiz raccolto, il mugnaio passa poi loro farina, che spesso è d' altra qualità ed avariata, se soprattutto essi sono indebitati con lui.

Peggio poi va la cosa pei giornalieri, non proprietari, i quali devono contentarsi di quel qualunque pane, che loro fornisce, e di grazia, il fornaio.

In alcuni paesi, per es. a Villanterio, ad Albignola, il panattiere è d' accordo col Sindaco, e non vi sono che i benestanti, che ricevano pan giallo non avariato, - e i reclami naturalmente sono respinti.

Queste frodi del mugnaio, del fornaio, sono rese impossibili in città per la sorveglianza delle autorità superiori; e quando hanno luogo, sono meno dannose, perchè l' uso della polenta anche fra i poveri vi è meno esclusivo. — Ed ecco la ragione della rarità della pellagra in città, - rarità del resto assoluta.

A Binasco, alla Certosa, il maiz è buono, ma per confezionarlo il contadino deve darlo al mugnaio, che se ne tiene in paga una parte e la migliore. Peggio ancora poi va la bisogna pei mendicanti, ai quali una carità crudele, venendo a patti coll' avarizia, fornisce il maiz più guasto che abbia la prudente massara.

Molti contadini poi fanno uso del maiz guasto per istrani pregiudizi; per es., a Cuzzago, credono che la polenta ammalata, col riscaldo della macinatura, debba perdere la sua qualità venefica. — Una porzione di questa farina io raccolsi e serbo nella boccetta N. 5 del mio gabinetto.

Molti altri, p. es. a Villanterio, alla Certosa, fondandosi sull' esempio di alcuni animali domestici, che, benchè a malincuore, pure mangiano maiz sano, misto a cattivo, credono che se il maiz ammorbato venga mescolato al sano, non porti più alcun danno, e non avvertono che le bestie vengono macellate, prima di morir pellagrose, e perciò, solo, sfuggono alla loro osservazione.

20. — Ma venendo alle analisi del maiz fatte dal Lussana, e su cui egli tanto si basa, certo sarà vero che esso sia meno azotato o nutritivo di alcuni

Digitized by Google

cereali, non però di tutti (1); sarà pur vero il che maiz, di cui si cibarono per qualche mese alcuni contadini dei paesi più infetti dal Lussana osservati, ne sarà stato più scarso dell'ordinario. Ma che importanza ha mai questo fatto, se si pensi che un'analisi chimica del grano delle terre della Toscana avrebbe mostrato al Morelli, esservi meno azoto nei grani del Mugello che non in quelli stessi analizzati dal Lussana nei paesi di Lombardia più affetti da pellagra; eppure nella Toscana la pellagra infierisce assai meno che in Lombardia.

E d'altronde può il Lussana esserci garante, che, proprio, di quel maiz e non d'altro, si nutrirono, e allora, e anni prima quelli sciagurati; o che l'avarizia degli uni, la miseria degli altri, le rotazioni agrarie, le permute, la meteore non avranno mai mutato, muteranno la qualità del grano, onde essi si cibavano.

Tuttavia io volendo pure farmi scrupolo delle sue osservazioni, col soccorso di gente pratica dell'argomento, come venditori di grano all'ingrosso, o gentili amici, i signori Lazzaro, Levi, Dalla Rosa, Lutti, Meriggi, ho cercato di completare una collezione di grani raccolta nei siti, dove domina la pellagra, ed in quelli che ne sono perfettamente immuni.

Mi son fatto stendere un giudizio da persone espertissime sul valore nutritivo, sulla qualità di questi grani, e mi è risultato, che se nei paesi immuni da pellagra, come per es. Palermo, Foggia, Campo Trentino, vi è maiz eccellente e molto nutriente, ve ne sono però degli altri, che, immuni o quasi da pellagra, consumano pessimo maiz, come per esempio Moncalieri.

Viceversa se nel paese di Caprino il grano è scadente, e vi è molta pellagra, invece a Fiavrè in Tirolo, a Castagnino nel Cremonese, a Rovato sul Bresciano, a Ravina sul Trentino, a Poro sul Trentino, vi è molta pellagra ed eccellentissimo grano.

In alcuni siti poi, come a Villafranca, vi è molta pellagra, e vi si trova maiz buonissimo, e maiz cattivissimo.

A Villanterio molti campioni di maiz tratto dai campi, dove formicolavano i pellagrosi, erano dei migliori di Lombardia.

Viceversa alla Cava, ove non è pellagra, ritrovai del pessimo maiz.

Cremona nel Lombardo e Verona nel Veneto, provincie assai infestate da pellagra, offrironmi campioni di eccellente maiz.

Se non che io ripeto: Che conclusione trarre da ciò. Quando un po' di concime, che venga a difettare in un sito, una e due pioggie fuori di tempo, basterebbero a guastare i criteri fondati su questo esame. Quanto al maiz affetto da penicillum, ed in vendita o sul desco dei paesi infetti da pellagra, esso mi venne alle mani a Rovato, a Luzzago, a Villanterio, a Pieve Porto Morone, a Brescia, Verono, Pavia, nei pubblici mercati a S. Michele, a Rivoli, a Pazzon, a Favrio, e lo serbo nella mia collezione.

21. — Un egregio igienista - Corradi - ben disse: Specifica deve essere la causa della pellagra - operante dove questa sia - nuova quanto la stessa. — Queste tre condizioni eziologighe si accolgono completamente nel maiz ammorbato - anche a detta degli avversari. E poichè noi abbiamo potuto mostrare, che il maiz ammorbato, esperimentalmente adoperato, riproduce i sintomi della pellagra; - e poichè clinicamente osservammo, che esso è veramente in uso nei paesi e nelle famiglie, ove domina la pellagra, - abbiamo sciolto da questo lato ogni dubbio. — Che se a molte obbiezioni non ho creduto rispondere, egli è perchè cercai di limitarmi alle osservazioni, per quanto era possibile, mie personali, e non volli ripetere e citare con inutile erudizione quell'altre moltissime, che ognuno deve leggere nelle opere del Michelacci, del Roussel, del Pelizzari e del Costallat.

(1) Nei recenti studi di Letheby a Londra si legge, che comparato il valore nutritizio dal latte umano a 100 risulta quello delle patate . . . . . » 80
riso . . . . . » 81
maiz . . . . . » 100
segala . . . . . » 106
fromento . . . . . » 119
orzo . . . . . » 125

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Intorno ad alcuni casi di afasia recentemente pubblicati

NOTA DEL DOTTOR

CLODOMIRO BONFIGLI.

Era stato appena pubblicato il saggio clinico del Prof. Federici (1) sopra un caso di perdita parziale del linguaggio, quando mi cadde sott'occhi una comunicazione del Dott. Kisch, ed un'altra di Eulemburg (2), che si riferivano ad alcuni

(1) Federici. Sopra un caso di perdita parziale del linguaggio. Saggio clinico. *Rivista clinica di Bologna*, fasc. 9, 1869.

(2) *Berliner klinische Wochenschrift*. 1869, *N.* 40.

Digitized by Google

casi di *afasia* da loro osservati. Nel leggere queste comunicazioni, mi parve che i casi narrati stessero tanto bene in armonia con le teorie espresse dal Prof. Federici circa la patogenesi di questo sintoma, che mi sembrò potesse tornare utile il riferirli in succinto, per porre così meglio in correlazione i fatti con le teorie.

Il primo caso del Dott. Kisch riguarda un mercante svedese di circa 35 anni, che soffriva di lue costituzionale e che dal suo medico era stato inviato ai bagni di Marienbad, onde esservi curato per un catarro di stomaco. Dopo che per circa 3 settimane aveva bevute dosi moderate di acqua della Croce, il relatore fu chiamato a visitarlo, e lo trovò preso da emiplegia destra. Non vi era stata alcuna causa occasionale, nè errore dietetico, nè spavento ecc. L'esame non svelò alcun vizio del cuore, nè dei grandi vasi. La coscienza era rimasta abolita solo per breve tempo, l'intera metà destra del corpo era paralizzata, i movimenti della lingua erano possibili solo in leggiero grado. Afasia completa, articolazione dei suoni impossibile. Sembrando abbastanza giustificato il sospetto, che la sifilide fosse la causa fondamentale anche del presente stato, il relatore all'ordinario metodo antiflogistico, volle subito sostituire l'amministrazione del ioduro di potassio (un dramma al giorno). Dopo una cura di quattro settimane, i sintomi dell'emiplegia migliorarono già di tanto, che i movimenti del braccio destro e del piede tornarono ad esser soggetti in modo molto espresso al dominio della volontà. Il paziente poteva sollevare il braccio, muovere i diti, e camminare appoggiato ad un infermiere: la lingua poteva esser mossa liberamente in tutte le direzioni. Mentre nei primi giorni esisteva afasia completa, il malato dopo questo tempo potette pronunciare alcune sillabe. Interessante ne fu però il contegno, quando l'articolazione delle parole non presentò più alcuna difficoltà. Mentre il malato poteva pronunciare e scrivere tutte le parole, che gli venivano dettate, volontariamente poteva ricordarsi solo di alcune parole, per quindi pronunciarle spontaneamente. Però egli non le usava nel loro giusto senso; aveva perduta la memoria delle parole. Desiderava l'*acqua* (Wasser) e diceva *orologio* (Uhr) ecc. però si accorgeva in seguito del suo errore, e pronunciava la parola giusta, appena qualche persona gliela nominava. Dopo un ulteriore decorso di cinque settimane, si migliorò anche questo sintoma, con l'uso continuato del ioduro di potassio, e della corrente d'induzione, in modo che il paziente fu in grado di potere mettere insieme piccole proposizioni, scambiando solo raramente le parole. In questo stadio, il malato tornò nella sua patria, dove seguitò a far uso del ioduro di potassio, e dell'elettricità. — Durante l'inverno il Dott. Kisch ebbe una lettera, in cui gli si notificava, che il miglioramento aveva sempre progredito.

Il relatore ritiene, che in questo caso un essudato sifilitico avesse dato occasione ad un'embolia in un emisfero cerebrale. — Probabilmente la diagnosi è giusta, poichè nei primi giorni dopo l'attacco, l'afasia era completa, e questo fatto, anche dal Federici, viene segnalato come indizio importante dell'afasia per embolismo. A gradi a gradi, ritornò l'uso del linguaggio: e ciò sta benissimo in relazione con il processo guaritivo, consistente in un graduale sviluppo della circolazione collaterale, la cui mercè ritornarono ad essere irrorate dal sangue, quelle parti del cervello, che ne erano rimaste prive. — Per la sua forma clinica, mi sembra poi, che il caso narrato rientri in quella categoria di afasie, che il Federici fa specialmente consistere in una alterazione della sostanza corticale grigia dei lobi anteriori del cervello, dove egli ripone, e *l'organo donde parte l'impulso della volontà, e quello dove l'idea veste la forma sensibile e viene quasi a tramutarsi nel simbolo del linguaggio* (1). Infatti non è a credere, che fosse affetto l'organo armonizzatore del linguaggio (corpi olivari), ovvero quelle fibre che vanno sino ad esso dal centro della volontà, poichè le parole benchè non adoprate nel loro retto senso, pure venivano proferite nella loro interezza, cioè i movimenti necessari a formarle erano coordinati. L'organo donde parte l'impulso della volontà, in questo caso doveva avere meno sofferto, di quello in cui l'idea veste la forma sensibile, (organo della memoria delle parole), giacchè fu il primo a riaversi. L'impulso della volontà, poteva infatti agire, dopo alcuni giorni di cura sull'organo armonizzatore del linguaggio; le parole venivano pronunciate, ma la memoria era ancora alterata, e riusciva impossibile applicare il vero segno all'idea, senza l'aiuto di qualche altra persona che lo rammentasse. Anche l'amnesia in questo caso non era però completa, almeno dopo avviato il miglioramento, perchè subito udita pronunciare una parola, il malato poteva ripeterla e scriverla; il che stabilisce una differenza di grado, tra l'alterazione esistente in questo caso, e quella riscontrata in altri, in cui il malato poteva ripetere appena una sillaba, perchè solo per un istante si conservava nella memoria il suono che era stato udito articolare. Che poi in questo caso, fosse alterato da principio anche l'organo da cui parte l'impulso della volontà, e che l'afasia non consistesse soltanto in amnesia, che fosse stata completa nei primi giorni, lo mostra il fatto, che oltre la perdita del linguaggio, nei primi giorni era perduta anche completamente la facoltà di articolare qua-

(1) Federici, memor. cit. pag. 271.

Digitized by Google

lunque suono; la volontà, non poteva cioè, promuovere alcun movimento atto a produrre un suono articolato qualunque.

Il secondo caso di afasia, osservato da Kisch, si riferisce ad un predicatore ungarese dell'età di 55 anni. Il medesimo aveva avute, parecchi anni prima, le febbri intermittenti; recentemente aveva intraprese, in mezzo a molte privazioni, il viaggio di Gerusalemme, e colà era stato preso dal male che ora lo affliggeva. Inviato a Marienbad per bere le acque ferruginose, fu ivi visitato dal relatore, che lo trovò molto scaduto, di cattivo aspetto, e con tutti i sintomi dell'anemia. Non aveva vizi cardiaci; la milza, ed il fegato erano discretamente ingranditi. Nessuna traccia di paralisi in qualsiasi parte muscolare del corpo. Lingua perfettamente libera, e mobile in tutti i sensi. Con perfetta intelligenza, e fonazione del tutto intatta, il paziente poteva pronunciare volontariamente soltanto alcune parole, ma tutte le altre non poteva ripeterle, benchè gli venissero dette, o scritte, e sebbene fosse egli in grado, di scrivere da sè qualunque parola. Gli vennero prescritte acque ferruginose da beversi anche durante il pasto, bagni ferruginosi da 22° R. sino a 16° di breve durata, affusioni fredde al capo ed al dorso, ed una dieta corroborante. Nel corso di sei settimane l'afasia migliorò di tanto, sotto questo trattamento, che il malato, benchè con fatica, potette alfine proferire intere proposizioni. — Dopo qualche altro tempo di cura in uno stabilimento idroterapico, le condizioni dell'infermo ritornarono tanto buone, da potere parlare bene e senza difficoltà anche per lo spazio di qualche ora.

In questo caso Kisch ha creduto di dovere riporre la causa dell'afasia, in un'emorragia; ritiene poi, che sia stata la degenerazione adiposa di qualche piccola arteria del cervello, che ne abbia favorita la lacerabilità, e quindi la rottura, condizione, che suole spesso rinvenirsi negli individui mal nudriti, cachettici e clorotici. La mancanza poi dei sintomi di paralisi, starebbe, secondo esso, a far credere, che il punto dove era avvenuta l'emorragia, fosse molto limitato.

Il fatto narrato è uno splendido esempio del come possa essere prodotta l'afasia, anche dalla sola alterazione del centro donde parte l'impulso volitivo, e così rende anche esso ragione alla bella distinzione che ha fatta il Prof. Federici dell'afasia, rispetto all'alterazione da cui essa viene prodotta. Infatti l'organo armonizzatore della parola era in questo caso intatto; perchè alcune parole potevano essere pronunciate ordinatamente: l'organo della memoria trovavasi pure illeso, perchè il malato poteva scrivere qualunque parola, e così esprimere il suo pensiero; quindi rimaneva a causa della perdita del linguaggio soltanto l'affezione del centro volitivo. Per tal modo l'afasia era determinata unicamente dall'impossibilità di trasmettere all'organo armonizzatore l'impulso pei movimenti necessari a formare una parola, che del resto veniva ricordata perfettamente, e che si sarebbe potuta benissimo articolare.

Un fatto molto simile a questo descritto da Kisch rammento di avere veduto nel 1860 nell'Ospedale di S. Spirito in Roma; in esso pure l'alterazione del centro volitivo era forse l'unica causa dell'afasia, mentre l'organo della memoria era totalmente illeso. In quel caso ad un emorragia cerebrale, che portò afasia ed emiplegia destra, successe un encefalite, che terminò con ascesso, e successiva paralisi anche della metà destra del corpo. Il malato, che era un francese, non poteva articolare volontariamente alcun suono, benchè avesse la lingua mobile in tutti i sensi; ma ricordava perfettamente i segni validi ad esprimere le idee, giacchè da principio esprimeva i suoi desideri scrivendo con la mano sinistra, ed in ultimo tenendo la penna con lo bocca, e scrivendo con la testa in cui aveva conservata alquanto la motilità.

Il terzo caso riferito da Kisch, in cui la causa dell'afasia fu da esso riposta in una acuta iperemia cerebrale, riguarda una grossa Signora, che mentre stava a passare le acque di Marienbad, fu presa in una sera repentinamente da vertigini, da dolore di capo, e da impossibilità di proferire parola. Il relatore la trovò posta in letto, con 60 pulsazioni e 12 respirazioni, la faccia arrossata, le pupille ristrette, ed il ventre tumido e timpanitico. Del resto nulla eravi di abnorme, i muscoli movevansi tutti liberamente, la lingua poteva dirigersi in qualunque senso, la coscienza era intatta. La malata non poteva pronunciare alcuna parola, nè leggere quelle scritte, e nemmeno mettere in scritto i propri pensieri. Alcune mignatte all'apofisi mastoidee, un clistere irritante, ed applicazioni fredde al capo, furono le cure apprestategli. Nella mattina appresso, l'inferma poteva già pronunciare qualche parola, e verso il mezzogiorno essendosi continuate le applicazioni fredde, fu in grado di parlare, come ordinariamente.

In questo caso sembra che fossero affetti nell'istesso grado il centro volitivo, e quello che serve a ricordare i segni. La malata non poteva pronunciare alcuna parola, cioè non poteva dare l'impulso ai movimenti necessari a formarla, e nemmeno poteva esprimere scrivendo i suoi pensieri, perchè non ricordava i segni che corrispondevano alle idee. L'iperemia acuta, probabilmente diffusa egualmente in tutta la sostanza corticale grigia dei lobi anteriori del cervello, rende ragione del come nell'istesso grado fossero alterate memoria e volontà.

Un altro caso di afasia lo troviamo riferito da

Digitized by Google

Eulemburg, che presentò il malato alla Società medica di Berlino. — Si trattava di un ragazzo di otto anni, che circa due mesi innanzi si era ammalato per scarlattina: nella quarta settimana di malattia, divenne anasarcatico, e nel 14.° giorno da che era incominciato l'anasarca, nella mattina fu preso da convulsioni violente, distribuite preferentemente sulla metà destra del corpo, che durarono quasi tutto il giorno, e che furono seguite da coma profondo della durata di due giorni; al cessare di questo si osservò, che era paralizzata tutta la metà destra del corpo, non esclusa la faccia. Le orine del malato erano albuminose. Dopo otto giorni la paralisi incominciò a migliorare, dapprima svanì nel dominio del faciale, e quindi a grado a grado, e sotto l'uso della corrente elettrica, ritornò alquanto la motilità anche nella gamba e nel braccio. Il sintoma più interessante, che si rinvenne da principio, e perdurava ancora nel tempo che Eulemburg presentò il suo malato, era però l'afasia congiunta ad intelligenza normale. Il bambino non solo prestava attenzione a tutto quanto gli succedeva d'intorno, ma intendeva anche tutte le domande che gli venivano dirette, e procurava di rispondere meglio che poteva. Però gli era possibile di pronunciare solo due monosillabi «*ach*» e «*ja*» (*aimè* e *si*). Questa minima provvisione di parole, veniva distribuita dal malato in modo, che egli a tutte le domande, che esigevano una replica negativa, rispondeva «*ach*», e a tutte le altre rispondeva solo con «*ja*», per conseguenza non solo quando necessitava un'affermazione, ma anche quando gli veniva richiesto il nome di una cosa, ovvero una estesa spiegazione. Il piccolo malato non errava mai nel distribuire le sue due parole nel senso indicato, il che era una prova, secondo il relatore, che le sue idee erano aggiustate, e che mancava solo il meccanismo per esprimere queste idee coi segni corrispondenti.

Questa afasia, secondo Eulemburg, dipendeva da un accesso uremico successivo a nefrite scarlattinosa, il quale aveva dato luogo ad un acuto edema cerebrale, e quindi a compressione dei capillari del cervello, e conseguente rammollimento necrotico od idrocefalico del lobo anteriore sinistro.

Però in questo caso, mi sembra, che l'alterazione possa piuttosto esistere nel centro coordinatore dei movimenti neeessari a formare la parola, ovvero in qualche punto intermedio, che impedisca all'eccitamento partito dal centro volitivo, di giungere sino al detto organo. Infatti l'integrità del centro volitivo, viene spiegata dal fatto, che per i due monosillabi l'eccitamento può venire trasmesso: la memoria apparisce pure conservata, perchè il malato conosce il valore delle parole che vengono pronunziate intorno a lui; rimarrebbe pertanto a base dell'afasia soltanto un'alterazione del centro di coordinazione di grado tale, da permettere soltanto l'articolazione di alcuni monosillabi facili, e tali da potere esser formati, senza esigere una minuziosa coordinazione di movimenti. Questa idea, viene appoggiata anche dal fatto, che l'istesso monosillabo «*ja*» veniva pronunciato con un suono articolato un po' diverso dall'ordinario, e che suonava quasi come «*hier*».

Perl. — *Un caso di chorea germanorum.* (Berl. klinis. Wochenschrift. N. 33, 1869).

Il Sig. Simone J. mercante dell'età di 33 anni, superò da bambino le ordinarie malattie. Innanzi al 15.° anno ebbe una febbre gastrica che durò parecchie settimane e 12 anni or sono una febbre nervosa che durò molti giorni, ma che però scorse senza lasciare dietro a sè alcuna cattiva conseguenza. Otto anni fa ammalò per febbri intermittenti che furono vinte in poco tempo con l'uso del chinino. Sono più di 6 anni che J. si è ammogliato ed in questo matrimonio ha generato tre figli che si trovano in vita e perfettamente sani. Tre anni or sono nel camminare gli si infisse un chiodo nella pianta del piede destro. Sopravvenne una forte emorragia, e solo in 4 settimane la ferita fu sanata, senza che lasciasse alcun incomodo. Il J. nega recisamente di aver avuta qualsiasi infezione sifilitica.

Il 27 Giugno 1868 si apprese il fuoco alla casa del J. che viveva agiatamente, ed oltre ciò gli fu rubata in tale occasione una grossa somma di denaro. Subito che egli venne in chiaro del furto, cadde in terra privo di conoscenza; sopravvennero forti contrazioni, prevalentemente degli estensori, e questo durò circa 10 minuti. Nel giorno seguente il malato si lagnava di generale abbattimento, oppressione all'epigastrio, vertigini, e si presentarono di nuovo le convulsioni del carattere di quelle del giorno antecedente e che da indi in poi ritornarono in ogni giorno più volte. Essendosi osservata una certa regolarità nella comparsa degli accessi, fu amministrato il chinino a grande dose, il quale però al pari della valeriana e del castoreo prima amministrati e del nitrato d'argento, fatto prendere più tardi, non produsse alcun effetto favorevole. Piuttosto sotto questa medicatura, crebbe la frequenza degli accessi, di cui se ne ebbero sino a 26 al giorno, ed in modo che costantemente sopravvenivano durante la giornata, mentre mancavano completamente nella notte. Oltre ciò nella prima settimana fu sconcertata la digestione, forse per influenza dei diversi rimedi. Trascorse 2-3 settimane, si mutò il carattere degli accessi nel modo

Digitized by Google

che descriveremo nello stato presente e contemporaneamente sopravvenne una paresi delle estremità inferiori. Essendo rimasta senza effetto ogni terapia non ostante la più attenta vigilanza medica, probabilmente anche perciò che il malato era oggetto di curiosità e di superstizione ad una continua e rumorosa folla di gente che da tutti i dintorni adunavasi intorno al suo letto, egli nel 23 Settembre dell'anno decorso si fece ammettere in quest'ospedale israelitico, dove fu assegnato alla sezione interna diretta dal consigliere intimo sig. Dott. Herzberg.

Stato presente. — Il malato è un uomo di mezzana grandezza e ben nutrito; le sue capacità intelettuali sono molto sviluppate, la memoria non gli fa difetto; gli organi dei sensi funzionano normalmente, ad eccezione di quello dell'udito su cui si osserva una leggiera diminuzione della facoltà di percepire i suoni, originatasi fin dal principio della malattia. Dall'esame degli organi del petto e del ventre non risulta la presenza di alcuna abnormità; però premendo sull'epigastrio il malato si lagna di un vivo dolore e nell'istesso luogo anche ordinariamente vi prova un senso di ottusa pressione. La palpazione del cranio e della colonna vertebrale non fa riconoscere in alcun punto nè tumidezza nè abnorme sensibilità. Mentre i muscoli del capo, del tronco e delle estremità superiori funzionano normalmente, il paziente non può muovere affatto le estremità inferiori, cosicchè è necessitato a stare continuamente in letto. La mobilità passiva è assolutamente libera nelle gambe, che in niun punto offrono una straordinaria resistenza; le azioni reflesse non sono in apparenza aumentate nè diminuite, la sensibilità tattile e di temperatura sono bene conservate, l'eccitabilità elettro-muscolare è normale. L'escrezione dell'orina e la defecazione non offrono abnormità.

Questo era lo stato del malato nelle pause fra gli accessi; questi ultimi avevano un tipo esatto, in quanto che al pari di prima, giammai fu osservato alcun accesso nell'oscurità della notte; il primo accesso sopravveniva puntualmente ogni mattina insieme alla luce del giorno e l'ultimo innanzi al tramonto del sole; l'oscuramento artificiale della camera nel giorno non valeva a tenerli lontani, come non valeva produrli un'intensa illuminazione durante la notte. Nel giorno potevano però esser provocati da circostanze esteriori e come cause occasionali agivano specialmente, un dialogo piuttosto vivo sostenuto dall'infermo con chi veniva a visitarlo, come anche la percussione del corpo fatta dal medico.

Gli accessi convulsivi, riguardo alla durata, si distinguevano in gravi e leggieri. La durata di un accesso grave era di 15-30 minuti. Il paziente non notava il suo avvicinarsi, anzi frequentemente ne veniva preso nel mezzo di un discorso ovvero di un'azione; solo immediamente prima si aumentava l'oppressione all'epigastrio, da cui partivasi un'aura che andava verso l'alto ed il basso, allora il malato ricadeva sul letto senza coscienza sotto una profonda espirazione, senza però mettere un grido, sopravvenivano convulsioni toniche e cloniche delle estremità superiori ed inferiori; le dita dei piedi s'incurvavano a guisa di artigli, i pollici delle mani rimanevano inviluppati dalle altre dite, i piedi andavano ad urtare contro l'estremità del letto, le mani venivano sollevate sul capo e quindi riabbassate precipitosamente e spinte con violenza verso i lati. Oltre ciò il capo sembrava coi suoi movimenti trapanare il cuscino e la lingua veniva vibrata innanzi e ricacciata indietro, mentre i muscoli del volto rimanevano impassibili. Le pupille, che raramente furono potute osservare a motivo dei colpi che menava intorno il malato, si mostravano in quel momento senza reazione.

Dopo che ciò aveva durato un qualche tempo, si cambiava repentinamente la scena; cessavano le convulsioni, il malato giaceva abbastanza quieto e cominciava allora ad intonare un qualche cantico ebraico con voce chiara e sonora, canto che per lo più si riferiva al culto del respettivo giorno della relativa settimana. Questo canto eseguito con vera ed esuberante espressione di sentimento e quindi fornito delle più fine gradazioni, durava da 3 a 5 minuti, durante cui sparivano totalmente le azioni reflesse; verso il fine di esso il paziente si riscaldava sempre di più e quando cessava, sopravveniva di nuovo in esso un notevole cambiamento; i lineamenti assumevano l'espressione dello sdegno coperto e della rabbia e gli occhi guardavano fissamente nella parete che si trovava dirimpetto. Manifestamente il malato provava ora allucinazioni, vedeva innanzi a sè un nemico e lo combatteva con la più grande energia; infatti faceva movimenti da pugillatore con le braccia e percuoteva furioso da ambo i lati, in modo che ora si feriva le mani battendo contro le pareti ed ora diveniva pericoloso per l'infermiere che lo sorvegliava. Negli accessi più forti, come se ne osservarono verso il fine della malattia, in questo stadio si rizzava completamente sul letto e solo con la più grande fatica si poteva impedirgli di saltare in basso e di cadere. Dopo che questo periodo aveva durato parecchi minuti, il paziente ricadeva estenuato senza quasi respirare, giaceva breve tempo in quiete e quindi incominciava di nuovo a cantare, continuando per lo più i canti ebraici prima incominciati; la sua voce però era molto più debole di prima, presto gli mancava affatto, rimaneva qualche tempo asmatico e finalmente intonava una breve orazione tedesca, sempre però con le stesse precise parole. Durante quest'ultima egli si trovava però di già compos sui e l'orazione era del tutto arbitraria.

Digitized by Google

Dopo di essa, il paziente mercè un segno fatto col dito indice destro dava ad intendere che desiderava un bicchiere di acqua; beveva, restava 5-15 minuti estenuato ma con perfetta coscienza e quindi spariva ogni traccia della scena precorsa.

Gli accessi più deboli si differenziavano da quelli descritti tanto per la durata come per la intensità. Essi duravano 5-15 minuti, le convulsioni erano meno violente ed il canto meno alto.

Il numero degli accessi, che si osservarono nell'ospedale giornalmente, non fu maggiore di 12 mentre prima se ne erano contati sino a 26 al giorno.

In quanto a ciò che spetta al significato del descritto stato morboso, la prima cosa a cui si poteva pensare era all'*epilessia*. Gli stati convulsivi riuniti sotto questo nome collettivo comprendono una grande estensione di possibilità, nelle quali tutte si riscontrano però sempre certi sintomi tipici; di questi ultimi nel nostro caso si avevano, il principio degli accessi con un'aura, la completa abolizione della coscienza, la mancanza di reazione nelle pupille durante le convulsioni e l'essere attaccato l'ipoglosso fra i nervi cerebrali; i sfoghi di violenta rabbia che si presentavano in un certo stadio, potevano riguardarsi come mania transitoria, quale si osserva talora concomitante allo stato epilettico. Contro l'accettazione dell'epilessia parlavano però anzitutto le funzioni psichiche completamente intatte fra un accesso e l'altro, mentre se si fosse trattato di accessi epilettici che per qualche mese si fossero ripetuti giornalmente con sì enorme frequenza, benchè non si fosse prodotta la degenerazione delle forze intelettuali e quindi della fisonomia, descritta con tratti così evidenti da Romberg, pure almeno si sarebbe dovuta originare una debolezza di memoria. Inoltre ammettendo che si trattasse di epilessia, rimanevano senza spiegazione la paresi delle estremità inferiori ed il canto durante gli accessi; infine anche il presentarsi di questi ultimi soltanto nella luce del giorno, potrebbe appena osservarsi così manifestamente nell'epilessia.

La paresi esistente nelle estremità inferiori sarebbe stata molto in armonia con l'idea che si trattasse di *convulsioni isteriche*. Non essendovi alcunchè che stesse ad indicare una lesione anatomica, dimostrabile, del cervello e della midolla spinale e corrispondendo perfettamente alla norma la mobilità passiva, la sensibilità e l'irritabilità elettro-muscolare, dovevasi pensare che l'impossibilità di stare in piedi e di camminare riposasse sulla mancanza di energia, che secondo ogni probabilità è la principalissima cagione se non l'unica delle paralisi isteriche. Però il tipo degli accessi era ancora lontano da quello delle convulsioni isteriche; in queste ultime la coscienza non suole essere abolita; vi esistono convulsioni respiratorie che si esternano col riso e col pianto e l'abito degli accessi si compone nelle più diverse maniere, ma simili stati convulsivi complicati, misti a canti e preghiere e collegati con abolizione di coscienza, non appartengono decisamente a questa categoria, senza contare inoltre che l'isterismo è una delle più grandi rarità negli uomini e specialmente in quelli che sono dotati di un vero abito maschile.

Se il primo periodo nel corso dell'accesso, in cui specialmente si notano le convulsioni cloniche e toniche dei muscoli del corpo e della lingua e la mancanza di reazione nelle pupille, non si poteva quasi riguardare diversamente che per epilettiforme, le convulsioni che seguivano dopo il canto presentavano un tipo essenzialmente diverso. I movimenti che in allora faceva il malato, non erano più irregolari come prima, essi sembravano piuttosto servire ad uno scopo determinato per adempiere alle idee del malato, fondate sulle allucinazioni, cioè all'idea di combattere un nemico, e da questo punto di vista esse erano a considerarsi appartenenti a quelle che da Romberg furono dette «*convulsioni coordinate*» (1), Con queste convulsioni, durante l'accesso ed anzi dopo la prima parte epilettiforme di esso, andava manifestamente unita un'alterazione estatica dello stato dell'animo, che anzi tutto si esternava col canto di salmi religiosi. In relazione a ciò sono da notare le seguenti cose: il paziente è partigiano della religione ebraica ortodossa: come tale si attiene con la più minuziosa diligenza a tutti i regolamenti colla legge giudaica e nei giorni sani la sua intera vita e le sue occupazioni furono consacrate agli affari ed alle idee religiose; ciò potrebbe essere una spiegazione del perchè l'estasi del paziente fosse di natura religiosa. È anche notevole che nel tempo passato, ed anche ora nel tempo libero dagli accessi, il malato era pochissimo conoscitore del canto; egli non poteva incontrare nessun tuono giusto, mentre, come già è stato menzionato, durante gli accessi il suo canto era di un vero gusto artistico. Riepilogando i rammentati sintomi, ne risulta una combinazione di convulsioni cloniche, toniche e coordinate, collegate da un lato con abolizione della coscienza e dall'altro con eccitazione dello stato dell'animo; complesso che viene designato col nome di *chorea germanorum*, malattia descritta molto dettagliatamente da Hasse (2). Anche gli altri fenomeni verificatisi nel nostro caso, sono stati osservati qua e là in simili malati, benchè non appartengano essi tutti alla forma tipica della malattia. Così il principio con un'aura, il presentarsi regolarmente di giorno, (in altri casi di notte), e la paresi delle estremità inferiori.

(1) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 640.
(2) Krankheiten des Nervenapparates, S. 233.

Digitized by Google

Dopo che fu così stabilita la diagnosi e che in conformità di ciò la *prognosi* fu designata come non sfavorevole, il Sig. Dott. Herzberg mise in opera il seguente piano curativo: applicazione di derivativi sull'epigastrio, punto di partenza dell'aura, che da principio consistettero in unguento stibiato ed appresso in vescicanti. Internamente le gocce arsenicali del Fowler e quando queste non potettero essere più assolutamente sopportate, cioè dopo che ne erano stati presi già 10 grammi, fu ordinata la soluzione seguente:

P. di bromuro di potassio grammi 4
Acqua distillata » 150
Sciroppo semplice » 30
M. tre volte al giorno un cucchiaio.

Di questa soluzione, il cui uso fu dovuto sospendere più volte per catarro gastrico intercorrente, ne furono consumate 6 bottiglie. Però il più gran peso, meglio che sui medicamenti, fu riposto nella quiete rigorosa e principalmente nei bagni. Questi furono fatti giornalmente nelle ore antimeridiane, a 28° R. e nei primi 8 giorni senza affusioni; in seguito ogni volta gli furono vuotati due secchi di acqua, alla temperatura della camera, sulla testa e sul dorso da una discreta altezza con l'aiuto di un inaffiatoio. Nel tempo del bagno, che durava ¼ di ora, sopravveniva costantemente un leggero tremolio, che veniva subito rimosso mercè l'uso di qualche analettico. Immediatamente dopo trasportato il malato sul letto, veniva involto in coperte di lana, sudava circa ½ ora e quindi per lo più cadeva nel sonno.

Sotto questa terapia diminuì quanto prima gradatamente il numero degli accessi, che nel principio ascendevano a 12 al giorno, mentre nella stessa proporzione crescevano in intensità. Il malato venne all'ospedale nel 23 Settembre 1868 e nel 22 Novembre ebbe l'ultimo accesso dopo averne superati in questo frattempo 252. In appresso andò migliorando di giorno in giorno senza alcuna medicatura la paresi che era rimasta nelle estremità inferiori, forse principalmente per la forte impressione psichica cagionata dalla riuscita guarigione: nel 2 Gennaio p. p. fu rilasciato finalmente guarito dall'ospedale, senza altro incomodo, all'infuori di una leggera oppressione all'epigastrio ed un'insignificante durezza di udito.

Putegnat. — *Un rumore cardiaco non ancora descritto.* (Journ. de Brux. 1865). Schmidt's Jahrbücher, N. 9, 1866.

Sotto questo titolo l'autore riferisce le due osservazioni seguenti, che riproduciamo brevemente in causa della loro importanza.

Il 1.° caso riguarda una cucitrice d'anni 24, la quale non era mai stata gravemente inferma, ma spesso cadeva in sonnambulismo. Essa si lagna soltanto di senso d'oppressione sul davanti del petto, e di tempo in tempo assicura di risentire una sensazione dolorosa nella regione cardiaca. Colla ascoltazione, ripetuta ad epoche diverse, l'autore udì, a sinistra e sul davanti, un rumore sincrono alla contrazione ventricolare, il quale avea la massima somiglianza col *risonante chiocciare d'un pollastrello* (sic), il quale non si prolungava nell'aorta e nelle carotidi, che però era percettibile dagli astanti a qualche distanza, mentre l'inferma non l'udiva per nulla. Altre malattie degli organi limitrofi al cuore non furono dimostrabili.

Il 2.° spetta ad un vignaiuolo d'anni 41, il quale non offriva il minimo segno di affezione toracica. Sulla regione cardiaca però si udiva un rumore molto forte, indipendente dalla contrazione del ventricolo. Questo si sentiva distintamente anche a distanza, disturbava nel sonno il malato stesso, e di più risvegliava quelli che gli dormivano vicini. L'infermo pretende d'avere percepito improvvisamente questo rumore 4 settimane fa; da principio a quando a quando svaniva, ma dopo d'allora rimase permanente. La percussione e l'ascoltazione non rilevavano alterazione veruna nell'area toracica.

Hibbert Taylor. — *Sull'origine costituzionale di alcune affezioni dei tessuti interni del globo oculare.* (Brit. med. Journ. Septbr. 5, 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 2, 1869.

L'autore ha raccolto 5 osservazioni che servono a provare che l'intorbidamento del corpo vitreo è una conseguenza di debolezza universale del corpo. Di già Macnamara, nelle sue lezioni sulle malattie oculari ammise questi intorbidamenti siccome dipendenti da disordini generali della nutrizione, e da anemia. In tre casi gli intorbidamenti svanirono in tempo relativamente breve, tuttavia l'autore è andato abbastanza ritenuto nel fondare la sua terapia. Perciò che ordinò applicazioni fredde il ferro, la china, pillole mercuriali e di aloe, come anche perchè amministrò il liquore di sublimato corrosivo, non era giusto di ascrivere il successo ai rimedi tonici e di poggiare l'ipotesi *ex juvantibus*, che l'aumento delle cellule nel corpo vitreo fosse stata una conseguenza della debolezza fisica. Gli altri due casi possono essere lasciati del tutto, essendo che i relativi pazienti non hanno dato verun ragguaglio sull'esito della cura.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 11. BOLOGNA 30 Novembre 1869.

MEMORIE ORIGINALI

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

PARTE SECONDA

SINTOMATOLOGIA E PATOLOGIA DELLA PELLAGRA

Volere nello studio della pellagra aggiungere qualche sintomo nuovo a quelli descritti finora, è voler tentare un' impresa quasi impossibile, tanto diligenti e minuziosi furono gli studii, che da questo punto di vista si compirono, cominciando da Strambio, da Fanzago, e venendo fino a Nardi, a Calderini, a Verga, a Roussel, a Rizzi, a Clerici, e a quelle due diligentissime Commissioni, Lombarda e Piemontese, i cui rapporti sono un modello di descrizione esatta e vera del morbo.

Tuttavia io spero che qualche bricciola, pure, del lauto banchetto mi sia dato raccorre, valendomi specialmente di alcuni di quei nuovi mezzi d'indagine, dei quali non potevasi usare dapprima. Io lo spero tanto più, che, per esperienza propria, m'accorsi, quanto mal si giudichi della fenomenologia pellagrosa studiandola in un sol luogo, ed al di fuori del naturale suo nido, e che ben giusta critica, toccarono alcuni studii fatti appunto a questo modo, nel terreno già guasto e artificiato degli ospedali. La bisogna mi premeva, poi, anche, per vedere se eranvi analogie o discrepanze tra i risultati esperimentali ottenuti colla somministrazione del grano ammorbato, ed i fenomeni, veri, della pellagra.

Per venire a capo di queste ricerche, non solo mi posi a studiare il pellagroso negli spedali di Pavia, di Milano, di Novara, di Varese, di Torino, di Brescia, Vicenza, Verona, Trento, Reggio, Mantova, Firenze, Treviso, Piacenza; ma sì pure anche, direttamente, nelle terre, che mi parvero più infestate dal morbo, e dove una mano amica mi poteva porgere valido aiuto, come a Varese, a Rivoli, a Pazzone (sulle falde del Baldo), a Favrio (nelle Giudicarie), a Villafranca, a Rovato e Cuzzago, a Saronno, a Chieri.

Da queste ricerche ho raccolto una serie di ben 472 storie:

160 a Verona — 100 a Pavia e Novara — 46 a Rovato e Cuzzago — 40 nel Trentino — 26 a Mantova — 22 a Milano — 20 a Treviso — 18 a Vicenza — 16 a Saronno — 14 a Varese — 10 a Torino.

§ I. — Varietà topografiche della pellagra.

Un fatto assai singolare mi balzò subito all'occhio, al riveder queste storie; ed è che parecchi dei sintomi della pellagra, che si notano con insistenza in alcuni paesi, mancano, quasi affatto, in alcuni altri.

Così, nella Provincia Pavese abbondano le contratture degli arti e la tendenza al mutismo.

Nella Provincia di Verona sono frequentissime le anomalie della pupilla; invece le complicazioni maniache vi sono meno frequenti. Certo la pellagra, detta *pelandria* o *salso*, non ha mai assunto tra il popolo quel significato di pazzia, che ha nelle terre Lombarde, Cremonesi e Bresciane; anche il sapor salso della bocca ho trovato esser più frequente nel Veneto e nel Tirolo che non nella Lombardia, ove pure ai tempi di Strambio era comunissimo: più comune ivi è anche il dolore infradorsale, e la dilatazione dei vasi capillari della cute, e più raro lo scorbuto.

Nel Trentino ho trovato rare le alienazioni, e invece frequentissime le albuminurie, e soprattutto le tisi, che si rinvengono invece per eccezione nelle altre regioni; e da questo lato mi par si possa ravvicinare la pellagra del Tirolo a quella dei tempi addietro, in cui i nostri vecchi trovavan la così frequentemente associata alla tisi (1).

(1) Ricorderò qui, che nei pellagrosi del Trentino si nota assai spesso l'ingiallimento della cute, come ben osservava la poetessa di Riva:

Lo stupor, l'indolenza, il giallo e tetro
Del volto, e gli occhi che parean di vetro;

Alberto. Poema contemporaneo, Firenze 1867.

Digitized by Google

Nel Mantovano mi ha colpito la frequenza delle anomalie craniche, che non si riscontrano invece nelle altre regioni.

Nell'Agro Milanese il pellagroso va soggetto ad accessi epilettiformi, che sono rarissimi nel vicino Agro Pavese, e non si osservarono mai nel Tirolo.

Nel Reggiano lo scorbuto è la complicazione più comune dei pellagrosi.

In Toscana invece è frequentissimo fra essi il pterigio.

Il numero di 472 osservazioni, però, è ancora così limitato, che vorrebbe essere un grave errore quello di precipitare, da queste soltanto, un giudizio deciso. Tuttavia i fatti annunciati metteranno altri più fortunati sulla via per accertare definitivamente, se esistano anche in grande scala queste curiose differenze, che fino ad un certo punto potrebbero spiegarsi per la varia qualità del grano o del companatico, di cui si cibano i contadini, e per le influenze del clima e della razza. Così per es. una razza esposta a cause, che indeboliscono l'innervazione del gran simpatico, è facile che, divenendo pellagrosa, presenti la dilatazione e l'ineguaglianza della pupilla. Una razza esposta per la malaria alla leucoemia, alla dissenteria, presenterà più facili le diarree e le anemie.

Che una differenza esistesse da paese a paese, già ce l'aveva accennato il Cipriani, che osservava come nel Mugello la pellagra avesse un corso lento, intermittente, con iscarso eritema; mentre invece nella Romagna toscana il corso era più precipitoso e fatale, e l'eritema più intenso. Roussel notò, come rara sia la tendenza al suicidio nei pellagrosi di Landes, mentre è frequente a Canne, e come spesseggi l'emeralopia nel pellagroso Laraguese, e la tendenza al vacillamento del capo nella Spagna.

Anche da noi un distinto pellagrologo, il Soler, aveva lasciato scritto: aver notato differenze tra la pellagra della montagna e della pianura, fra la pellagra asciutta e la umida. Nè invero parebbe impossibile, che un'eccellente ossidazione possa rallentare i fenomeni dell'avvelenamento; anzi a questa causa io avrei attribuite parecchie semi-immunità osservate nel colle di Varese, ove individui appartenenti a famiglie di pellagrosi presentavano un decorso assai mite di pellagra, se sulle falde del monte Baldo non avessi trovato casi gravissimi di pellagra; e perciò mi fossi dovuto convincermi, che le obbiezioni, che già il nostro grande Strambio faceva al Soler, erano attendibili e giuste.

§ II. — Varietà individuali della pellagra.

Come vi hanno differenze tra paese e paese, ve ne hanno anche tra individuo e individuo, cosicchè in nessun altro morbo si potrebbe meglio dire che in questo: - non esservi malattie, ma malati.

Un proverbio, assai curioso, ho potuto raccogliere su questo proposito nella capanna di un povero pellagroso, in vicinanza della Chiusa Trentina, proverbio che nello stesso tempo mostra, come questa verità sia già riconosciuta dal popolo, certo purtroppo per una assai lunga esperienza.

« Della pellagra » sentenzia il proverbio Veneto « ghe ne ze de sette sorte:

» Quella che trà matt »
» Quella che tira all'acqua »
» Quella che tira indrè »
» Quella che fa scavezzo » (andar curvo)
» Quella che fa fare i pirli » (vertigini)
» Quella che fa mangiare »
» Quella che fa pelar e c.... »

Vi sono pellagrosi, in cui nullo è il disordine della pelle e degli organi digerenti, grandissimo quello della motilità, - che soffrono solo di continue vertigini, - e di indebolimento generale.

Ve n'hanno, in cui tutta la fenomenologia consiste in gravi alterazioni psichiche, della motilità o della sensibilità, per cui soffrono punture, pizzicore — *pellagra cerebrale*, *gangliare* o *spinale*.

Ve n'hanno, che si distinguono per un rapido e straordinario dimagrimento — *pellagra atrofica*.

V'ha la *gastrica*, con ribrezzo del cibo, indigestioni, diarree, o stitichezza, o voracità eccessiva, - e la *cutanea*, con coloramento per tutta la pelle, con eritema o foruncoli od erpeti.

Ve n'ha una, che si distingue per un singolare eccitamento dei *genitali*.

Pessima fra tutte, e fortunatamente più rara, quella a decorso florido, precipitoso, e che si potrebbe chiamare — *pellagra florida*, o meglio *uremica*.

§ III. — Peso.

In genere la diminuzione del peso, che equivale a quello della nutrizione, è un fenomeno comune nella pellagra. Infatti la media del peso di 100 donne pellagrose fu di 44,600, - quella di 100 uomini pellagrosi di 62,500. — Però sopra un centinaio di donne pellagrose io ne ho trovate 6, che superavano i 58 chili (una tocca i 68 chilogrammi), 10 che sorpassavano i 50. — Negli uomini sopra 100 individui 12 sorpassavano i 50, 6 passano i 54 chilogrammi, 8 che passano i 60 chilogrammi. Un individuo, fra gli altri, morì per pellagra a decorso florido, che presentava il peso di 86 chilogrammi, e mostrava una robustissima muscolatura. Un altro vecchio vertiginoso pesa 72 chilogr. — Il Calderini notò su 1005 pellagrosi 491 di aspetto florido e rigoglioso. Perciò è forza dedurre, che se la diminuzione di peso è assai frequente, essa non è costante compagna della pellagra. — E qui anzi occorre aggiungere un'osservazione curiosa,

Digitized by Google

e che già fecero il Nardi e Nobili, - che mi riescirono guaribili assai più quelli, che presentavano una notevole diminuzione di peso, di quelli, che presentano l'aumento. — E metà, almeno, dei casi di tifi pellagrosi mi venne osservata in individui molto ben nutriti.

§ IV. — Pelle.

La pelle presenta, oltre la solita e generale anomalia dell'eritema e delle macchie telengectasiche, non poche altre curiose anomalie. Ho osservato, anch'io, come il Landouzy, non raro il fenomeno di una pigmentazione color cioccolatte o di bronzo, e lo ispessimento dell'epidermide nel sito, ove già comparve l'eritema (braccia, collo). Due pellagrosi mi hanno riferito, come al comparire del morbo tutta la pelle del loro corpo si era fatta di un colorito assai più scuro, che prima non fosse. In parecchi individui notai efelidi o cloasmi parziali, soprattutto alla fronte e al petto. — In alcuni i cloasmi erano preceduti, ad ogni stagione primaverile, da macchie rossastre al volto, simili a quelle del morbillo. — In una vecchia soggetta a nevralgie, pellagrose, brachiali, la cute delle braccia, che come tutto il corpo appariva di un color bronzino, presentava delle striscie di eczemi squamosi, che si aprivano e formavano piaga.

Non rare volte ho trovato nei pellagrosi frequente il sudore, anche nella stagione invernale.

Più importanti forse sono altre complicazioni cutanee, le quali parevano, fino a un certo punto, aver influito favorevolmente sull'andamento della pellagra. — Così F..... di Pazzone, contadino, figlio e fratello di pellagrosi, già militare, soffriva da due anni di scottore ed eritema alle mani, bruciori al dorso, vertigini, diarree, melanconie, sintomi che, dice egli, sparirono, affatto, dopo la comparsa di una *gotta rosacea*, che tuttora gli permane. — Un altro vecchio dello stesso paese, di anni 82, è tuttora vegeto e rigoglioso malgrado una vecchia pellagra, che secondo lui avrebbe migliorato dopo un'erpete squamosa alla faccia. — Noto questi fatti, benchè in disarmonia colle teorie della clinica moderna.

A Novara l'ammalata Quaregno, risaiola, d'anni 34, di madre ascitica, era ridotta al massimo della emaciazione e del delirio dalla pellagra, quando venne presa dal vaiolo, superato il quale, essa che era prima inquietissima, gridatrice, divenne tranquilla, docile e solo smemorata, presentando però ancora parecchi dei sintomi della pellagra, - ineguaglianza della pupilla, abbassamento dell'occhio destro, screpolamento della lingua; non però l'eritema, che era scomparso completamente, malgrado fosse il mese di Luglio.

A Vicenza ed a Treviso pare che la pellagra s'aggravi e si complichi colle migliare; il che sarebbe ad ogni modo in antagonismo colla teoria dell'Allioni.

Un carattere che ho visto mancare quasi affatto nella pianura Pavese, e frequentissimo invece nel Veneto e Toscana, è la dilatazione dei vasi capillari del volto, e soprattutto del naso, che rende molte volte somigliante il pellagroso all'alcoolista. Il color giallo della pelle, e soprattutto del volto, mi si presentò frequentissimo nelle campagne, soprattutto Tirolesi, e assai di rado invece negli ospedali.

In 3 casi solo notai edema nelle palpebre e traccie di edema nei piedi.

In 4 casi notai l'ingrossamento dell'unghie delle mani, due volte della sola destra.

§ V. — Capo e organi dei sensi.

Le anomalie del cranio sono rare nei pellagrosi, anche alienati, più rare che negli alienati medesimi. Io le rinvenni nel rapporto del 8 %, mentre negli alienati passano il 21 %.

Un'eccezione soltanto devesi fare a questa regola per i pellagrosi ereditarii, una grandissima parte dei quali mi presentarono esagerazione dei diametri cefalici (vedi storie di Allieri, Malinverni, Anselmi), in genere predominanza del diametro trasverso, come nei cretini. — In questi pellagrosi ereditari osservai frequenti deformazioni nella faccia, eurignatismi e prognatismi, come nei popoli Mongoli e Negri. — Una donna, che fu affetta da tifo pellagroso, anche dopo guarita arieggiava tutta nella pelle, nella faccia, nel cranio, al tipo Giapponese.

Orecchi. — Anche le anomalie dell'impianto degli orecchi, rare nei pellagrosi ordinari, spesseggiano negli ereditari. Due volte sole ho trovato un otiematoma, una in un pellagroso Mantovano, affetto da paresi, da miosi e da idromania, e l'altra in un bimbo affetto da pellagra ereditaria *con arresto* di sviluppo.

Occhio. — L'occhio del pellagroso presenta delle particolarità importanti. Frequentissimo è nei casi gravi di pellagra l'abbassamento di un sopracciglio, e anche dell'occhio da un lato, come nella paresi generale, e non rara anche la ptosi più o meno completa di una o dell'altra palpebra superiore.

Importantissima parmi, poi, quell'ineguaglianza della pupilla, con prevalenza, quasi sempre, della dilatazione a destra, che fu da me riscontrata 28 volte. — In alcuni la congiuntiva oculare è iniettata più da un lato che dall'altro. Sono fatti questi, che ravvicinano la paralisi generale alla pellagrosa, e che mostrano con un altro esempio, quanto sia frequente la unilateralità nelle lesioni del sistema nervoso, del gangliare in ispecie.

Ho notato, spesso ancora, nei pellagrosi dilatazione della pupilla, 74 volte. Più rara, e quasi

Digitized by Google

sempre nei vecchi, la miosi, 28 volte. Nè rara la blefarite, soprattutto a Saronno, il che conferma l'asserto della Commissione Piemontese, e soprattutto, quello che a noi interessa molto, collide coi fenomeni trovati nei miei esperimentati.

A Pavia e in Lomellina trovasi frequente il pterigio, massime a destra nei pellagrosi - e questa complicazione vidi poi essere stata notata anche in Toscana.

Ho trovate frequentissime la miodesopsia, la diplopia, come pure la fotofobia. — Alcuni rimasero, per ribrezzo della luce, anni interi cogli occhi chiusi. — Un chirurgo rinomato mi disse, aver riscontrata assai frequente e precoce la cateratta ne' pellagrosi. Io l'ho riscontrata sole 8 volte.

Oftalmoscopia. — Veniamo alle osservazioni oftalmoscopiche, quasi tutte opere degli egregi dottor Flarer e dottor Manfredi.

Cerroni Annunziata, maritata, contadina, d'anni 44, molto denutrita, convalescente di tifo pellagroso; - presenta il fondo dell'occhio perfettamente normale.

Mezzabarba Apolonia, contadina, d'anni 24, pellagrosa con cloasma al fronte, molto ben nutrita; - presenta tensione normale degli occhi, al destro riflesso bianchiccio della retina all'interno della papilla, vasi qua e là interrotti come nella retinite, vene coronarie grosse, arterie impercettibili; - occhio sinistro normale.

Calvi, pescatrice, robusta, capelli e pelle scura, affetta anche da mania pellagrosa con tipo monomaniaco; - tensione normale, riflesso bigio della retina come negli individui a pelle scura.

Grandi Luigia, d'anni 20, molto ben nutrita, affetta da pellagra ereditaria, convalescente; - tensione normale, nell'occhio destro riflesso bianco grigiastro della retina, papilla normale; - occhio sinistro normale.

Ferrari, genovese, contadina, d'anni 40, convalescente di grave pellagra, con cute oscura e capelli neri; - leggero intorbidamento della retina, vasi piccoli in ambo gli occhi.

Ferraresi, d'anni 30, già affetta da tifo pellagroso, ora paresica; - tensione normale, riflesso bianchiccio peripapillare, vasi piccoli.

Torti, d'anni 40, molto gialla ed anemica, alquanto denutrita, convalescente; - tensione degli occhi normale, nell'occhio destro segmentazione del pigmento coroideale peripapillare, vasi della papilla piccoli; - nell'occhio sinistro, sinechie posteriori, papilla bianca, vasi piccoli, mezzi rifrangenti torbidi.

Quattrini Maria, d'anni 43, anemica, cute pagliarina, pesa 40 chilogrammi, anemica; - tensione degli occhi normale, riflesso giallastro della retina, vasi piccoli.

Barbieri, d'anni 35, pellagrosa, alquanto cretinosa; - riflesso giallognolo pallido della retina, papilla anemica, vasi piccoli.

Rocco Brigida, d'anni 34, contadina, pellagrosa, pesa 37 chilogrammi, affetta da tifo pellagroso; - pupille ineguali, regione peripapillare intorbidata a destra, vasi arteriosi ristretti ed interrotti a destra superiormente; - leggero intorbidamento pure della retina a sinistra.

Merlini Mighizza, d'anni 55, recidiva di pellagra atrofica, ora convalescente e robusta; - segmentazione del pigmento verso l'equatore dell'occhio, riflesso giallognolo pallido della retina.

Argentini Angela, d'anni 60, pellagrosa, demente; - riflesso leggermente pallido, gialliccio, della retina.

Casali, pellagrosa diarroica, la quale soffre cefalee laterali a destra, accompagnate a destra da aumento di calore, da arrossamento notevole dell'orecchio, delle tempia e del fronte, ha pupilla a destra più ristretta che a sinistra. — Esaminata all'oftalmoscopio presenta la papilla dell'occhio destro a margini irregolari sfumati verso l'angolo esterno, e la retina leggermente intorbidata e suffusa; - a sinistra nulla d'anormale.

Negri, pellagrosa, abbastanza ben nutrita, spesso però sitofoba; - presenta leggero intorbidamento della retina dell'occhio destro.

Moro Secondo, d'anni 56, già paresico, ora robusto e grasso, ha monomania ambiziosa ed erotica ed eritema pellagroso; - normali.

Ravasi, pellagroso intermittente, intelligentissimo, robusto, d'anni 48, in via di convalescenza; - riflesso torbido della retina dal due occhi.

Grossi, d'anni 69, già affetto di mania da persecuzione, con eritema pellagroso, ora convalescente, con incipiente cataratta; - papille e retina normali.

Malinverni, pellagroso dalla nascita, d'anni 40, ora quasi guarito, già emeralopo; - fondo dell'occhio normale.

Gaviglio, d'anni 68, recidivo di pellagra da 8 anni, capelli e barba neri e folti; - segmentazione fisiologica del pigmento in ambo gli occhi.

Minoli, pellagroso, convalescente, con ipertrofia di cuore, recidivo, d'anni 57; - una macchia bianca nel fondo dell'occhio destro all'interno della papilla (im. cap.), congenita e prodotta da fasci nervosi, che conservarono contorno opaco, analoga a quella dell'Atlante del Liebreich, Fig. 2.ª Tav. XII.

Moro Primo, d'anni 59, da molti anni pellagroso, pupille dilatate; - fondo normale.

Reboldi, d'anni 50, pellagroso, robusto, muscoloso, delirio sistematizzato; - fondo normale.

Ferrari, vecchio pellagroso, convalescente, d'anni 60, abbastanza ben nutrito, pupilla assai più dilatata all'occhio destro che al sinistro; - papilla bianca all'occhio destro, arterie piccole, vene grosse, con leggera decussazione glaucomatosa (atrofia bianca della papilla), cecità; - occhio sinistro normale.

Digitized by Google

Ferretti, pellagroso, con delirio sistematizzato, pupille dilatate; - occhio destro leggera ipermetropia, legger riflesso bigio della retina, papilla di aspetto normale; - occhio sinistro normale.

Maggi, pellagrosa, con arresto di sviluppo del corpo e dell'intelligenza; - fondo degli occhi normale.

Parisio, pellagroso, d'anni 35, robusto, pupille dilatate; - riflesso leggermente grigio della retina.

Croci, d'anni 19, pellagra degli impuberi, con arresto di sviluppo, abolizione dell'intelligenza, ma robustezza di corpo, pupille molto dilatate, occhio molto sporgente; - fondo normale.

Sozzi, convalescente di pellagra maniaca, d'anni 40, pupille molto dilatate; - fondo dell'occhio normale.

Bianchi, robustissima, pesante 72 chili, con vertigine, pupille dilatate; - margine papillare sfumato al lato esterno, retina suffusa intorno alla papilla.

Per riassumere il tutto gioverà questa:

Tabella di riepilogo.

Numero esaminato	Fondo dell'occhio normale	Intorbidamento della retina	Atrofia dei vasi arteriosi	Fondo occ. des. anormale	Fondo occ. sin. anormale	Atrofia della papilla	Segmentazione del pigmento	Vasi venosi ingrossati
33	11	14	11	6	1	2	3	1

Da tuttociò si ricava, che sopra 33 esaminati 11 presentano il fondo dell'occhio perfettamente normale; 14 presentano intorbidamento per riflesso bigio o giallastro della retina od all'uno o ad ambedue gli occhi, carattere accennante ad una precoce senilità; in 11 pure si notò assottigliamento dei vasi arteriosi, ed in 1 i vasi venosi ingrossati: non notiamo le segmentazioni del pigmento come fenomeno che è fisiologico, al pari del riflesso bigio della retina negli individui a capelli neri.

Più importante ci apparve l'atrofia bianca della papilla notata in due casi.

Importantissimo poi ci apparve l'osservazione di quei 6 casi, in cui nello stesso individuo il fondo di un occhio differiva da quello dell'altro, le quali però non sempre possono dare ragione delle frequenti ineguaglianze della pupilla, perchè notammo queste anche in individui a fondo dell'occhio apparentemente normale; le anomalie apparvero però come nella pupilla quasi sempre (meno uno) a destra, e consistevano in assottigliamento dei vasi arteriosi, intorbidamento papillare e retinico.

Non contiamo l'anomalia notata nel Minoli, perchè indipendente dai fenomeni pellagrosi.

Aggiungiamo finalmente che contemporaneamente a me il Prof. Tebaldi insieme al Dott. Messedaglia avrebbero trovato lesioni gravi retiniche nei pellagrosi, che spero verranno presto fatte pubbliche da quell'egregio psichiatro.

§ VI. — Organi toracici ed addominali.

Già lo Strambio aveva osservato, come il polso nei pellagrosi si rallenti fino a 40, e a 34 battute. — Ed io pure, ma più frequentemente ancora, ebbi a notare un polso celerissimo di 100, 105 battute, ma assai debole, tanto da non riescire ad avvertirlo senza molta attenzione.

In tre quarti degli ammalati, soprattutto giovani, ho trovata notevolmente diminuita l'ottusità cardiaca. La punta del cuore non si vede battere che con difficoltà, molte volte anzi non se ne avverte il battito, e spesso nei giovani essa è trasportata più all'esterno ed al basso, tra la sesta e settima costa, due a tre dita e mezzo sotto il capezzolo. Spesso i suoni del cuore si avvertono con molta difficoltà. Nei vecchi al contrario è frequente l'ipertrofia del ventricolo sinistro, l'insufficienza della mitrale, con dilatazione dell'orificio aortico, sicchè alla punta del cuore il primo suono è sostituito da un soffio.

I fenomeni delle prime vie, le pirosi (1), i rutti ecc. sono così frequenti, che io non ho potuto notare che sei o sette persone pellagrose, che ne fossero esenti. — La stitichezza fu da me osservata poche volte, e quasi sempre in individui, su cui la pellagra non aveva prodotto grandi guasti. — Parlerò più tardi della sitofobia, che è così caratteristica degli alienati pellagrosi. Noto intanto che anche i pellagrosi non alienati sono presi molte volte da una profonda ripugnanza pei cibi, soprattutto carnei, oppure, che è cosa assai notevole, per la polenta; viceversa moltissimi sono presi da una voracità insaziabile, per cui divorano quantità d'alimenti doppie e triple di un sano. Uua pellagrosa prima di divenir affatto delirante era presa da tal voracità da dover fuggir di casa per non addentare le carni dei figli.

Quanto ai liquidi, e' presentano spesso delle curiose particolarità. Alcuni infermi ad es. accusano una sete inestinguibile, per cui consumano interi secchi d'acqua. Altri, invece, hanno pei liquidi un grande ribrezzo. — Uno mi diceva, che quando beveva acqua, provava come un sasso, che si movesse nelle intestina. Molti credono sentire salata l'acqua. Molti hanno ribrezzo dell'acqua fredda, e la debbono bevere calda od almeno tepida.

(1) Il Calderini notò la pirosi nel 57 % delle donne, e nel 40 % degli uomini; - l'inappetenza nel 66 % delle donne, e nel 86 % degli uomini; - la diarrea nel 50 % degli uomini, e nel 75 % delle donne.

Digitized by Google

Ma anomalie, ben notevoli, accadono nelle funzioni uro-genitali. Benchè le urine sieno pallide, molti accusano bruciore nell'orinare; altri, invece, un senso di peso all'inguine o all'utero, o freddo al pene, o prurito, o raggrinzamento, o peso ai testicoli. In parecchi pellagrosi ereditarii manca il pelo ai pudendi, il testicolo è atrofico, atrofiche le mammelle, le menstruazioni o tarde, o mancanti, o seguite da metrorragie dolorose.

Il Calderini notò la disuria nel 57 % delle donne, nel 14 % degli uomini; la menorrea nel 50 %, leucorrea nel 56 %, e l'aborto nel 17 %.

Un fenomeno frequentissimo nelle pellagrose è quello d'offrire i caratteri subbiettivi della metrite, dei prolassi ecc., senza offrirne punto gli obbiettivi. Ho veduto, a questo proposito, nell'ospedale di Verona una robusta contadina di 31 anni, che aveva figliato 5 volte: si lagnava di vivo dolore all'orinare, peso all'utero «*come fosse di piombo*», bruciore al collo dell'utero, che non tollerava il tocco esplorativo. Essa fu curata a lungo per metrite, finchè sentendola lagnarsi di diplopia, rutti, calore alternato con freddo, dolore interdorsale, e come aveva avuto in precedenza un eritema, e vedendola, tuttora, in preda a una melanconia senza causa, il curante Dott. Leoni, insieme a me, suppose che, anche i fenomeni uterini fossero d'origine pellagrosa, e diffatti speculatala allora con diligenza, non trovammo alcuna delle lesioni della presunta metrite. Era una pellagrosa.

In alcuni uomini si nota l'impotenza precoce, ma in alcuni, benchè più di raro, una straordinaria salacità. Un pellagroso a Saronno aveva tentato di violare la vecchia madre e la sorella. La salacità è maggiore nelle donne. Una pellagrosa sedicenne ebbe rapporti col padre, e non si vergognava di dirlo. Una vecchia ripeteva a tutti, che era stata violata, e che avea partorito, e non era vero.

§ VII. — Calore.

Si era detto che il calore dei pellagrosi non differiva punto dal normale: minute indagini mi hanno data la sicurezza, che una buona parte dei pellagrosi ha un calore di qualche frazione maggiore del normale. Di 100 pellagrosi, 60 presentavano un calore al mattino di 36, 80, alla sera di 36, 40.

Trenta presentavano una media di 37, 75 al mattino, e 37, 20 alla sera, prevalendo quindi l'aumento del calore, al mattino più che alla sera, al contrario di quanto avviene nei sani.

Dieci aggravatissimi presentano una cifra media di 39; tre dei quali, morti per pellagra florida od uremica, presentavano, in media, il calore di 41, 20.

Casali, pellagrosa, diarroica, intelligentissima, idromaniaca, d'anni 37, affetta da cefalea destra, pupilla dilatata a sinistra ed arrossamento notevole della guancia e orecchio destro, presenta al orecchio una differenza termometrica notevole a destra, cioè 37.20, ed a sinistra 36, 90. — Fatto, che mi parve importantissimo per la teoria patologica della pellagra.

§ VIII. — Orine.

La quantità dell'orina emessa in 24 ore da 100 pellagrosi fu in media di 900 grammi, col minimum di 500 e il massimo di 1900. Essa è più scarsa dunque del normale. Anche il Calderini aveva notato, che 12, sopra 33 orine di pellagrosi esaminati, mostravansi scarsissime in volume.

La reazione dell'orine dei pellagrosi, differisce molto dalla normale. Sopra 100 orine di pellagrosi raccolte in 24 ore si notò 76 volte debole acidità
13 » neutralità
10 » alcalinità

Questa alcalinità si notò spesso nei casi più gravi, in paralitici e vecchi, ma anche in giovani affetti da stupore catalettico, o da convulsioni epilettiformi.

Anche il Calderini aveva fatto una simile osservazione:
sopra 33 orine notò 7 volte acidità energiche
» » 19 acidità deboli
» » 4 neutralità
» » 3 alcalinità
e notò che sotto le cure idroterapiche l'orina aumentava di quantità e di acidità.

Anche il Cav. Verga ebbe ad osservare su 47 pellagrosi, 5 volte l'orina alcalina e 10 volte neutra.

Il colorito dell'orina è costantemente di un giallo pallido, che non sorpassa mai il 3 al 4 Vogel.

La densità dell'orina è sempre inferiore al normale; essa varia dal 1005, 1010 a 1018, 1025.

Un carattere singolare delle orine dei pellagrosi è l'invariabilità, anche, negli accessi furiosi, durante i quali il volume, il colore, la densità dell'orina non cangiano che di assai poco; lo stesso accade in tutte le complicazioni *portate dall'intossicazione pellagrosa*, anche le più pirettiche, come le meningiti e il tifo pellagroso, in cui con polso di 120, calore di 39 a 41, si hanno orine del peso specifico minore nel normale.

E.... pellagrosa maniaca.

Quando è quieta.

Volume nelle 24 ore	Colore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
1200 grammi	2	1019	Neutra, urofeina
1000 »	2	1020	Id. pochi fosfati
1010 »	3	1017	Acida

Digitized by Google

Sotto gli accessi furiosi.

Peso nelle 24 ore	Calore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
700 grammi	3	1022	Neutra, pochi fosfati
1000 »	3	1024	Acida

Malin, pellagroso, d'anni 40, che dapprima emette orine del volume di 1900 grammi, peso 1025, nel tifo pellagroso per soli 38, 40.

Volume nelle 24 ore	Colore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
900 grammi	2	1011	Poco acide
800 »	2	1013	Alcal. e urocromo
200 »	3	1026	Alcaline
500 »	2	1018	Acide

Chia..., moribonda per tifo pellagroso epilettiforme, calore 40 ½, polso 120, paresi, diarrea presenta:

Volume nelle 24 ore	Colore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
800 grammi	3	1020	Acide
300 »	4	1009	Con molti cloruri e pochi fosfati

R....., pellagrosa con accessi maniaci furiosi, d'anni 47.

Quando è quieta.

Peso nelle 24 ore	Colore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
1400 grammi	2	1012	Pochi cloruri e fosfati
900 »	2	1009	Acida

Sotto gli accessi furiosi.

Peso nelle 24 ore	Colore - Tavola di Vogel	Peso specifico	Osservazioni
1000 grammi	3	1013	Acida
1500 »	3	1015	Acida

Nelle pneumoniti e pleuriti molto estese, però, notai aumento notevole di peso specifico, diminuzione dei cloruri sodici, abbondanza d'urati.

Così la De Antoni Barbieri sotto una estesa pleurite offerse il peso specifico dell'urina aumentato da 101 che era, a 1026 e con scarsi cloruri.

Anselmi, pellagrosa, affetta da pleurite tubercolare, ha orine di 1025 del 6 Vogel, molti urati; e prima avea orine 1005, 2 Vogel, ecc.

La scarsa densità dell'orina dei pellagrosi, fece nascere naturalmente il sospetto, che vi scarseggi l'urea. Tuttavia analisi chimiche molto minuziose, in cui mi aiutava la benevola opera del Dott. De Giovanni, non confermarono questo sospetto.

Per es. M.... d'anni 35, pellagroso, pesante 49 chilogrammi; si nutre di 24 centilitri di vino, 800 grammi di cibi vegetali, 200 d'azotati. Emette 1700 grammi di orina, del peso specifico di 1021, contenenti 45,900 milligrammi d'urea.

L..... pellagroso, del peso di 38 chilogrammi, assai denutrito, d'anni 50; consuma 600 grammi di sostanze vegetali, 200 d'animali. Emette 1000 grammi d'urina al giorno, del peso specifico di 1017½, contenenti 19,900 milligrammi d'urea. Lo stesso sotto accessi furiosi emise 900 grammi d'orina, del peso specifico di 1020, contenente 12,000 milligrammi d'urea.

Torti pellagrosa, molto mal nutrita, d'anni 28, del peso di chilogrammi 39,500 grammi; si ciba di 500 grammi di cibo vegetale, 180 d'animale, 20 centilitri di vino. Emette orina del volume di 900 grammi, peso specifico 1020, urea 32 grammi.

Migliazza pellagrosa, convalescente, del peso di 48 chilogrammi, d'anni 56; si ciba di 600 grammi di cibo vegetale, 140 d'animale. Emette 1500 grammi d'orina, del peso specifico di 1015, contenente 29,850 milligrammi d'urea.

Cornalba pellagroso, convalescente, robusto, del peso di 52 chilogrammi; si ciba di 900 grammi di cibo vegetale, 290 d'animale. Emette 1800 grammi d'orina, del peso specifico di 1022, contenenti 21,600 milligrammi d'urea.

Grillini pellagroso, del peso di 42 chilogrammi, dell'età di 57 anni; si ciba di 800 grammi di cibo vegetale, 200 d'animale. Emette 1500 grammi d'orina, del peso specifico di 1017, contenenti 36,000 milligrammi d'urea.

C..... d'anni 18, pellagroso, impubere, del peso di 22 chilogrammi; si ciba di 400 grammi di cibo vegetale, 120 d'animale. Emette 900 grammi d'orina del peso specifico di 1022, e contenenti 22,000 milligrammi d'urea.

Sopra 110 orine, esaminate 2 volte sole, ho trovato col solito reattivo l'albumina; 6 volte però, mentre coll'acido nitrico e col calore non scopriva albumina, rinvenni al microscopio i cilindretti renali. In un caso essi presentavasi alcuni giorni, e poi per molti no.

Il Calderini pure notò l'albuminuria in 1 sopra 5 dei pellagrosi esaminati.

Digitized by Google

Però in complesso da noi l'albuminuria è rarissima nei pellagrosi; non è così nei Tirolesi, infatti il Dalla Rosa notò a Trento frequentissima l'albuminuria, tanto frequente da poter dir esistere essa nella metà dei casi.

Tutte le orine dei pellagrosi trattate coll'acido solforico danno abbondante e distinta la reazione dell'urocromo.

I cloruri sodici si trovano in quantità normale nelle orine dei pellagrosi non pneumonici; invece scarseggia l'acido fosforico e il solforico, al che devesi forse la debole acidità dell'orina.

Col microscopio nei depositi urici dei pellagrosi si rinvenne, in ordine di frequenza, il fosfato tribasico, l'urato d'ammoniaca, l'ossalato di calce, l'urato di soda, e l'acido urico. Questa preponderanza dei sali alcalini spiega la frequente alcalinità dell'orine.

§ IX. — Del sangue.

La composizione chimica del sangue dei pellagrosi fu studiata profondamente dal Capezzuoli, il quale con più di 30 analisi verificava, come la fibrina sia in proporzioni pressochè normali nel sangue dei pellagrosi, e come invece vi scarseggi alquanto la materia globulare, e come spesso si osservi un considerevole aumento nei materiali solidi del siero.

Sopra 1000 grammi di sangue di un pellagroso, scriv'egli, si trovarono: 104,64 di materia globulare
3,26 di fibrina
86,72 di materiali solidi del siero
805,38 di acqua

Su 1000 gr. di sangue di altro pellagroso si trovarono: 97,05 materia globulare
1,96 fibrina
50,01 materiali solidi del siero
804,08 acqua

Su 1000 gr. di sangue di un 3.° pellagroso si trovarono: 166,31 materia globulare
3,41 fibrina
91,06 materiali solidi del siero
809,21 acqua

Su 1000 gr. di sangue di un altro pellagroso si trovarono: 98,77 materia globulare
3,06 fibrina
79,03 materiali solidi del siero
889,14 acqua

Questi dati sono troppo importanti, perchè non cercassi di verificarli.

La invenzione del globulimetro del Mantegazza rendevami, di più, facile lo studio dei globuli sanguigni dei pellagrosi; e il laboratorio stesso di patologia sperimentale mi forniva i mezzi per le pesature diligenti della fibrina essicata, operazione in cui venni aiutato dagli amici Dottori Golgi e Furlanini. Eccone i risultati:

F., robusto, maschio d'anni 40, con delirio pellagroso sistematizzato, presenta 1,57 per mille di fibrina, e 4 al globulimetro.

M., gracile, maschio, d'anni 21, con pellagra e arresto di sviluppo, presenta 1,69 di fibrina.

M., robustissimo, d'anni 50, con delirio ambizioso, presenta 4,00 di fibrina, e 3 al globulimetro.

G., magro, maschio, d'anni 49, recidivo, presenta 2,60 di fibrina, e 3 al globulimetro.

G., magro, maschio, d'anni 46, paresi laterale in via di guarigione, presenta 0,08 di fibrina

Croci, grasso, maschio, d'anni 19, arresto di sviluppo, torpido, presenta 2,01 di fibrina.

Rib., robustissimo, maschio, d'anni 56, delirio sistematizzato, recidivo, presenta 1,50 di fibrina, e 5 al globulimetro.

Biz., robusto, maschio, d'anni 18, arresto di sviluppo, presenta 1,73 di fibrina.

Magg., robustissima, femmina, d'anni 25, taciturna, presenta 6 al globulimetro.

Fer., grassa, femmina, convalescente, d'anni 41, già tifosa, presenta 1,80 di fibrina, e 8 al globulimetro.

C., magra, femmina, diarroica, d'anni 37, presenta 3,50 di fibrina.

Chies., anemica, femmina, convalescente, d'anni 40, già affetta da febbri intermittenti, presenta 11 al globulimetro.

R., robusta, femmina, d'anni 38, tifo pellagroso, presenta 0,09 di fibrina, e 9 al globulimetro.

idem, convalescente dimagrata, presenta 2,82 di fibrina, e 4 al globulimetro.

Cr., magra, femmina, d'anni 45, tifo pellagroso, presenta 0,13 di fibrina, e 8 al globulimetro.

idem, convalescente, presenta 1,73 di fibrina, e 4 al globulimetro.

Migl., grassa, femmina, d'anni 43, mania acuta, recidiva, presenta 0,24 di fibrina, e 3 al globulimetro.

Neg., robusta, femmina, d'anni 29, sitofoba, *scura di pelle*, presenta 1,57 di fibrina, e 3 al globulimetro.

Ma meglio si vedranno i risultati di queste analisi dalla seguente tabella riassuntiva:

Digitized by Google

Tavola di riepilogo della quantità di fibbrina e globuli di sangue di 18 pellagrosi.

Nome	Età	Sesso	Quantità di Fibrina	Scala del Globulimetro	Quantità di Globuli	Osservazioni
F.	40	Maschio	0,157 p. %	4	5,125,000	Robusto
M.	21	»	0,169	—	—	Gracile
M.	50	»	0,400	3	5,250,000	Robustissimo
G.	49	»	0,260	3	5,250,000	Magro
G.	46	»	0,008	—	—	Magro
C.	19	»	0,201	—	—	Grasso
R.	56	»	0,150	5	5,000,000	Robustissimo
B.	18	»	0,173	—	—	Robusto
M.	25	Femmina	—	6	4,875,000	Robustissima
F.	41	»	0,180	8	4,625,000	Già Tifo pellagroso
C.	37	»	0,350	—	—	Magra
C.	40	»	—	11	4,250,000	Convalescen. di pel.
R.	38	»	0,009	9	4,500,000	Tifo pellagroso
R.	38	»	0,282	4	5,125,000	Tifo convalescente
C.	45	»	0,013	8	4,625,000	Tifo pellagroso
C.	45	»	0,173	4	5,125,000	Tifo convalescente
M.	43	»	0,024	3	5,250,000	Robusta
N.	29	»	0,157	3	5,250,000	Robusta

Da queste analisi resta provato, che la fibrina, e in ciò ci accordiamo col Cappezzuoli, non solo non è in difetto, generalmente, ma perfino è qualche volta in eccesso, 2 volte su 18; - che delle 4 volte su 18, in cui fu trovata deficiente, 2 lo fu in casi di tifo pellagroso; anzi alla guarigione di questi essa ritornava ad una cifra prossima alla normale. — Per cui la deficienza della fibrina non può più dirsi in nessun modo un carattere della pellagra, anzi dovrebbe dirsi il contrario.

Ho osservato che in 3 individui molto aggravati, e scarsi di fibrina, questa si presentava a piccoli coaguli e coi globuli aderenti, sicchè per lavature che si ripetessero essa non si ridusse mai in coaguli grossi e bianchi, come la fibrina degli altri.

Quanto ai globuli, la loro quantità pare seguire quasi sempre quella della fibrina; la loro deficienza si nota una volta sola, ed in una pellagrosa convalescente, che quindi non potrebbe dirsi nemmeno vera pellagrosa, e che fu soggetta a febbri intermittenti, vivendo in un paese miasmatico (Certosa).

Una cifra di globuli minori, ma non tale da potersi dire segno di vera anemia, si notò in 3 individui, già soggetti a tifi pellagrosi. — Negli altri tutti si notò vera iperglobulia, contrariamente a quanto notò Cappezzuoli.

Questo fatto ci spiega la inutilità e il danno delle cure ferruginose (vedi Terapia), tentate, con tanto sciocca ostinazione dai medici, e come le terre di Recoaro siano così ricche di pellagrosi; ma quello che è più, spiega come parecchi autori abbiano creduto, come il Liberali ed ora Robolotti, poter curare i pellagrosi col metodo antiflogistico, e non ne abbiano ottenuto quei danni, che si crederebbe a prima vista. — Io stesso nel praticare ai pellagrosi i piccoli salassi di 100 a 150 grammi, che eran necessari per le analisi, mi sentiva combattere fra la curiosità scientifica e il timore di recar danno all'ammalato, ma ben presto mi incoraggiai vedendo, che persino nel tifo pellagroso un piccolo salasso non solo non produceva danno, ma qualche volta, anzi, dei temporanei vantaggi.

Molto m' interessava conoscere la quantità di urea contenuta nel sangue del tifo pellagroso. Prevalendomi della gentilezza del Dottor De Giovanni, e dei mezzi del suo gabinetto, feci analizzare tre sangui di tifi pellagrosi, e n'ebbi i seguenti dati:

In Ceroni affetta da tifo, che poi migliorò, 100 c. c. di sangue contengono 30 milligrammi d'urea.

Mussini affetta da tifo, di cui morì dopo 14 ore dal salasso, 100 c. c. contengono 40 milligr. d'urea.

Rocca Br. affetta da tifo, di cui guarì, 100 c. c. contengono 36 milligrammi d' urea.

Per poter però concludere su queste importantissimo fatto, con vera certezza, desidererei avere un numero maggiore di analisi: mi paiono, ad ogni modo, notevoli abbastanza tai risultati per invogliare altri all'esame.

Esperienze sui fermenti e la putrefazione. — Cavai ad una pellagrosa diarroica, sessantenne, delirante, soggetta a forti accessi paralitici pellagrosi, 80 grammi di sangue d'aspetto nerastro. Debitamente defibrinato e riscaldato, lo iniettai coll' aiuto dell' egregio Dott. Golgi nella vena femorale di un cane piccolo, assai denutrito, e su cui si era praticata per altre esperienze da 3 anni fa una fistola del ventricolo, che tuttora permane. Il giorno stesso quel cane vomitò dopo 6 ore l'alimento ingesto 3 o 4 ore prima dell'operazione. Esso appare spaventato tutto il giorno e la sera; temperatura dell'orecchie 36. Più tardi emise orine sanguinolenti. Il giorno dopo continua a re-

Digitized by Google

star svegliato, irti i peli, evidentemente spaventato; ma dopo 2 giorni si ristabilisce completamente, e vive tuttora.

Un' egual esito affatto negativo ottenni dall'iniezione del sangue di un pellagroso molto aggravato in un coniglio ed in un gattino.

Ho estratto il giorno 11 Gennaio 10 grammi di sangue a 2 pellagrosi assai aggravati, a 2 convalescenti, a 2 sani: a tre altri pellagrosi, applicato un vescicante il giorno prima, estrassi 4 gr. di siero. — Distribuii ciascuno di questi liquidi in altrettanti bicchierini a calice, dopo aver defibrinato il sangue di un pellagroso aggravato e di un sano. Versai in ognuno di questi recipienti 2 grammi di glucoso puro: nello stesso tempo in un 10.° bicchierino versai 6 gr. di glucoso puro mescolato a 10 centigrammi di fermento di birra fresco.

Il giorno 20, conservandosi la stanza alla temperatura di 12°, osservai che nel bicchiere ripieno di glucoso e fermento di birra, si notavano già 21 ore dopo il versamento, delle bolle gazose; negli altri bicchieri null'altro di notevole che una forte acidità.

Il giorno 22, la temperatura della stanza 13°, sulla superficie del sangue estratto dai 2 sani si nota un sottile velamento costituito di miceli. Nulla negli altri.

Il giorno 23, nel sangue dei 2 sani si notano molte bolle di gas.

Il giorno 24, il sangue defibrinato della pellagrosa aggravata presenta qualche bollicina. Nulla nelle altre pellagrose, che sono acide, e copronsi di muffa.

Fino al 5 Febbraio null'altro di nuovo.

Il giorno 5 Febbraio, il sangue defibrinato della pellagrosa grave dà odore intenso di putrefazione; è però acido.

Il giorno 6 Febbraio, il sangue normale era essicato, non puzzava, e non era coperto di muffa. I sieri conservavano ancora acidità notevole, nessuna bolla.

Il giorno 5 Febbraio, estrassi 10 grammi di sangue da una pellagrosa aggravata, che defibrinai; ne estrassi altrettanto da un'altra pellagrosa pure aggravata, e poi finalmente da una pellagrosa convalescente e da una sana, della quale parte defibrinai il sangue, parte no. La temperatura della stanza si conservò sempre tra i 12° e 14°.

Il giorno 10, il sangue defibrinato della 1.ª pellagrosa cominciò a dare odore vivo di putrefazione. Il giorno stesso, 6 ore dopo, dava odore intenso di putrefazione quello dell'altra pellagrosa convalescente. Il sangue normale non diede odore di putrefazione se non il giorno 13. — Esaminato al microscopio tanto il sangue degli uni che quello degli altri sani e malati, offre, in abbondanza, vibrio-bacillus.

Il giorno 5 Maggio 1869, salassai 5 pellagrosi maschi e due alienati robusti, e disposi il sangue in 6 bicchierini. Il sangue di Moro, individuo non molto aggravato, era assai nero; quello di Reboldi, individuo d'apparenza robustissimo, apparve ricco di siero. — Il giorno 6, quest'ultimo comincia a dar odore di putrefazione. — Il 7 puzzano due altri sangui di pellagrosi. — L'8 puzzano anche i sani.

Il 30 Maggio, salasso 6 pellagrose, di cui 2 tifose, ed una alienata non pellagrosa; ne pongo il sangue in bicchierini a calice. — Il sangue della Ceroni, pellagrosa tifosa, è più nero degli altri. — In quello della Rocca Brigida, pellagrosa e già tifosa, il giorno 31 osservansi parecchie bollicine di gas: esso leggermente puzza alle ore 3; alle 6 puzza quello della Ceroni. — Al 3 Giugno, puzza quello di una pellagrosa maniaca. — Il 4 il sangue della Ceroni si copre di muffa. — Il 5 puzza il sangue dall'alienato non pellagroso.

Da queste sperienze ed analisi deduco, il sangue dei pellagrosi esser ricco di fibrina e di globuli; - l'iniezione del sangue di pellagrosi essere innocua; - il sangue dei pellagrosi non contenere fermenti ne virus contagiosi; - essere però più incline a putrefazione del sangue normale.

§ X. — Motilità e sensibilità generali.

Le anomalie nelle funzioni muscolari sono tra i fenomeni più studiati nelle affezioni pellagrose. La forza muscolare, in genere, è diminuita nelle pellagre; così mi risultò al dinamometro, in media, di 27 chilogrammi per 50 maschi esaminati, e di 19 per 50 femmine.

Però io trovai tre pellagrosi cronici, che davano la cifra di 40, e due donne, che giungevano a 35, cifre superiori alle medie normali, per cui non credo si possa fare di questa diminuzione un carattere specifico della pellagra.

A Mantova trovai un individuo robusto ancora, benchè in età avanzata, che mi raccontava aver provato nel principio dell'affezioni pellagrose un aumento nell'energia muscolare. A Varese e Rovato osservai pellagrosi non solo con aspetto florido, ma con un'energia muscolare così ben conservata, da poter compire, interrompendoli sol per rari intervalli, i faticosi lavori dei campi.

Forse più caratteristico è il carattere della diminuita contrattilità muscolare. Esaminando, con una macchina di Du-Bois Reymond, la contrattilità elettrica muscolare, trovai normale la contrattilità nei muscoli facciali e anche nei flessori, ma scemata notevolmente negli estensori del braccio; e mentre nei sani la contrazione degli estensori della mano si otteneva a 68-70 mil-

Digitized by Google

limetri della distanza dei rocchetti, nei pellagrosi solo a 58-68 millimetri.

In genere in tutte le mosse e le pose dei pellagrosi si trova ripetersi quella tendenza alla prevalenza dei flessori sugli estensori, per cui alcuni nell'erigersi in piedi restano nè ritti, nè seduti: oppur volendo estendere il braccio, permangono col braccio all'aria irrigidito e semiflesso. Alcuni acquistano un vezzo continuo di fare delle contrazioni, che diventa una vera mania, per cui stanno accovacciati il petto sul ventre, le ginocchia sulla pelvi; e appena possono trovare un'inferriata, un bastoncello, dove esercitare un numero maggiore di contrazioni, vi si aggrappano colle labbra, colle mani e perfino colle dita dei piedi. In alcuni questa tendenza arriva ad un grado così singolare, da modificare profondamente i tessuti, come nel seguente caso, di cui mi par prezzo dell'opera stendere tutta la storia.

G.... Anselmi, ragazza di 23 anni, ebbe madre, padre, fratello e zio tutti morti precocemente di affezioni pellagrose; scarsamente nutrita, maltrattata dai parenti, pure sino ai 10 anni si mantenne sana. A 11 anni accusò allucinazioni di spiriti maligni; si fece perpetua frequentatrice di chiese. A 15 anni si crede dannata all'inferno, e le compare l'eritema pellagroso, ed insieme un'estrema e calcolata inerzia, per cui rifiutavasi ai lavori dei campi, malgrado le esortazioni e le battiture dei parenti. Al sopraggiungere dell'autunno si acquietava. A 20 *anni* soltanto le compaiono le menstruazioni, che però presto si sospendono, ma insieme alle menstruazioni si riacerbano il delirio e l'eritema pellagroso.

Il delirio cessa nell'autunno, e si rinnova con monotona vicenda nella primavera fino al 1864, in cui l'ebbi a vedere e curare.

La cute è di colore terreo e sparsa di telengectasie. I capelli castani sparsi di chiazze bianche e rossigne; abbondante è il pelo o meglio la barba sul mento. Il cranio è ultra-brachicefalico, il diametro longitudinale misura 180 mm., il trasversale 125, e 160 il biparietale, la circonferenza 540 mm. Il naso è schiacciato; i denti della mascella superiore sono tutti erosi in seguito all'abitudine di rodere e addentare oggetti duri, e per questa causa, appunto, nell'apice della lingua si formò una varice nodosa.

Il pollice del piede in seguito alle continue contrazioni acquistò la singolare proprietà di addursi quasi completamente alle altre dita.

Gli affetti non sembrano in essa aboliti, ma poco attivi. Debolissima è poi la sensibilità tattile e la dolorifica, per cui collocata sotto la doccia, molte volte non se ne può staccare che a forza. Molte volte i cibi bollenti ella rovescia sul proprio capo nei giorni di cattivo umore.

Non parla mai; timidissima, cerca gli angoli più riposti del cortile o della stanza, ma quando si giunga a farla parlare, che è raro caso, non dice stranezze, chiede compassione per sè, *poveretta*, e ringrazia delle cure, chè confessa non meritare.

Tutte le sue passioni, tutta la sua attività psichica e fisica, si risolvono nel fare le massime contrazioni muscolari che le siano possibili. — La sua posizione è quella che si presta al maggior numero di contrazioni; - appena trovi una ferriata, un bastone in croce, vi s'aggrappa coi denti, colla lingua, col pollice pel piede; - più volte interrogata, confessa di non poter a meno di far ciò. — Moribonda per tubercolosi, cessò sì dal mutismo, e tentò esprimersi a monosillabi o avverbi - *ben - mal - loro buoni - mal tutta;* ma continuò, fino all'ultimo giorno, ad eseguire sotto le coperte continue contrazioni di tutti i muscoli del corpo, aggrapparsi coi piedi ai fondi del letto ecc.

In altri, benchè più di raro, si manifestano delle coree parziali, e quella curiosa tendenza di correre in linea retta, che ho veduto manifestarsi soprattutto al mattino, e che ha, parmi, molta analogia colla scelotirbe degli epilettici. In alcuni soprattutto dell'agro Milanese si notarono accessi epilettiformi. Io non ne osservai nella Lomellina, che in un caso di tifo pellagroso, in un pellagroso con arresto di sviluppo, e in un pellagroso cleptomaniaco, intelligente.

Nei tifi pellagrosi avvengono contrazioni alternate con convulsioni cloniche alla faccia, agli arti, molto simili a quelle della corea elettrica, e che s'aggravano e si provocano colle vive impressioni sensorie, tattili in ispecie.

Un fenomeno comunissimo ai pellagrosi, è quello di cadere all'indietro, o davanti, o da un lato; espressione questa degli accessi vertiginosi, a cui quasi tutti sono soggetti, almeno in estate, e che il popolo chiama *accessi di pellagra.* Calderini notò la vertigine accadere colla frequenza del 75 % negli uomini, e del 77 % nelle donne.

In alcuni si nota un tremore, che può assomigliarsi a quello degli alcoolisti, o meglio a quello senile. Un fenomeno grave, e fortunamente più scarso, è quello della paralisi degli arti inferiori; spesso questa paralisi coincide colle paralisi degli sfinteri, e cessa col bagno d'acqua fredda, ma poi recidiva. — Così io trovai un pellagroso, che non potea mingere, nè defecare, se non andava ad immergersi nella vicina roggia. Quattro sole volte notai quell'imbarazzo della loquela, che è sì comune ai paralitici. — Quasi sempre notai questi fenomeni gravi, paralitici, in individui ancora grassi e apparentemente ben nutriti.

La sensibilità è nei pellagrosi lesa ancor più frequentemente che la motilità.

La sensibilità dolorifica, misurata, colla corrente indotta, secondo il mio metodo (1), in indi-

(1) Vedi — Algometria elettrica nell'u mo sano ed alienato. *Annali Univ. di Medicina.* Milano 1867.

Digitized by Google

vidui che non aveano più traccia di eritema, mi si mostrò diminuita, soprattutto alla mano, alla fronte e alla nuca; così mentre i sani diedero segno di dolore alla palma della mano alla distanza di 43 centim. dei rocchetti di Ruhmkorff pei maschi, e 60 le femmine

e i pellagrosi appena	a 20	47
Ed al dorso i sani offersero dolore	a 55	61
mentre i pellagrosi	a 32	32
Alla fronte i sani	a 66	77
ed i pellagrosi	a 48	64
Alla nuca i sani	a 49	39
ed i pellagrosi	a 15	43

E si noti che alla fronte gli alienati tutti in genere manifestano una sensibilità dolorifica od uguale o maggiore dei sani. Vi è probabilmente, dunque, anche nella provincia dei nervi sensori, quell'indebolimento di funzione, che esiste nei nervi del moto. Questa insensibilità dolorifica si manifesta molte volte anche per il freddo, a cui si espongono volentieri, e qualche volta per le abbruciature e scorticature, che si procurano spesso con insistente pertinacia.

Un fenomeno subbiettivo, che quasi tutti accusano nei primordii, e conservano sino alla fine, è lo scottore delle mani e dei piedi, qualche volta di tutto il corpo. Alcuni, viceversa, provano un freddo generale, o un freddo all'esterno e caldo nell'interno, o freddo ai ginocchi ed ai piedi.

Comunissimo poi in essi notai il prurito, spesso limitato all'inguine, al braccio, all'omoplata. — Alcuni accusano un formicolio come gli alcoolisti, o sentono scorrere come dell'acqua calda dietro il dorso o nel cranio, o frizzature al capezzolo, all'inguine, o provano uno stiramento, una fitta, in qualunque punto vengano toccati, ma soprattutto sotto la pianta dei piedi, sotto il pollice, e nella regione infrascapulare. Qualche volta il dolore si estendeva a tutta la spina, per cui non poteva l'infermo alzarsi o curvarsi che con grande dolore. — Accusano spesso nevralgie brachiali, lombari, che in nulla differiscono dalle comuni nevrosi, se non che non si modificano colle iniezioni morfiniche; spessissimo poi cefalee, o senso di martellamento al capo ecc., che passano quando stanno seduti o in letto, e aumentano quando stanno in piedi o al sole, quasi sempre laterali. Notai una volta la cefalea laterale persistente coincidere con aumento di calore della faccia e dilatazione maggiore della pupilla dal lato del dolore, il che mi farebbe sospettare, che queste cefalee procedano dalla cattiva innervazione gangliare.

Una volta sola osservai vera analgesia in contadina molto robusta e intelligente. — Ben più frequenti sono le iperestesie, per cui gridano al solo toccarli, massime al ventre, al torace, e trasaliscono anche al più legger rumore; alcuni provano sensazioni dolorose, come se loro si gettasse acqua nella testa; altri accusano un bruciore anche negli occhi, nel naso, nella faccia, e punture come di mille api alle gambe.

In molti si nota la sordità, soprattutto da un lato.

Molto m'interessava il conoscere, se la tendenza al sonno, che avevo notata negli avvelenati da maiz ammalato, notavasi pure nei pellagrosi. Io l'ho riscontrata, 12 volte. Una pellagrosa intelligente, mantovana. soggetta a frequente ticchio di gridare ed a continuo insonnio, mi diceva che gli accessi suoi erano preceduti da 5 o 6 giorni di sonnolenza. Una pellagrosa dormì in campagna per 2 o 3 giorni di seguito, irritandosi contro coloro che le impedivano il sonno.

Uno a Torino, robusto e intelligente, sofferse i primi sintomi della pellagra, accompagnati da un senso continuo di sonnolenza, che perdurò per 2 anni.

Più comune invece è l'insonnio, anche nei pellagrosi non alienati.

§ XI. — Fenomeni psichici, idromania e sitofobia pellagrosa.

È difficile, nello studio dei fenomeni psichici dei pellagrosi, lo scernere le anomalie prodotte direttamente dal morbo, e quelle che vengono da accidentali complicazioni, e specialmente dalla pazzia; e peggio quelle che sono prodotte dalle tristi condizioni di quegli infelici, i *paria* delle terre Lombarde, in cui la melanconia non ha, pur troppo, d'uopo di cause morbose per isvilupparsi.

Mi pare che un carattere di molti pellagrosi anche ragionanti, e più alienati, è una maggiore impressionabilità morale; un piccolo insulto, una minaccia di lieve pericolo, li fa trascendere, benchè apparentemente, prima, serbassero mente sana. — Così una si crede dannata, perchè perdette messa; - un altro si dispera, perchè un amico, cui prestò una pistola, non volle più restituirgliela, e la disse sua, ed impazza; - una sente le compagne, che la burlano per il vestito, e ne impazza di dolore; - un'altra, solo che il marito pescatore ritardi di pochi minuti, dà in grandi smanie.

Questo è un carattere comune agli alcoolisti e ai paralitici in primo stadio, e risponde a quella legge, che vuole che un organo debole più facilmente soffra e si irriti. E questa, forse, è una delle cause, per cui il volgo, che sta sempre alle prime parvenze dei fenomeni, crede spesso la pellagra prodotta da cause morali.

In genere negli alienati pellagrosi raro era il pervertimento degli affetti; più spesso anzi notai l'esagerazione; sicchè anche da questo lato si accostano ai paralitici, quasi sempre affettuosissimi verso i loro parenti.

Molti si lagnano di perdita della memoria, e di debolezza di mente, che cessa nel letto o stando

Digitized by Google

supini. In alcuni pochi invece (e ciò mi rammentò la lucidità psichica, che accusarono alcuni esperimentati col maiz avvelenato) osservai che il morbo stesso, come suolsi qualche volta notare nei pazzi, esaltava le facoltà psichiche.

Così una povera pescatrice, taciturna del resto per solito, e prima di diventar pellagrosa, assai volgare di idee, due o tre volte sotto accessi pellagrosi ruppe i silenzi ostinati con frasi veramente eloquenti: Per es. — « Veda le infermiere, » son gente tutta senza cuore e balzane, e piene » di ubbie; p. es. giuocano alle carte per sapere » se i mariti loro saranno fedeli, come se ciò avesse alcun rapporto colla scelta accidentale di una » carta; e poi dai risultati così casuali del giuoco » traggono conseguenze, di cui si rattristano, e ne » nascono liti senza fine. Non sono esse più matte » delle matte? »

Un vecchietto, cleptomaniaco anch esso, spesso rompeva i suoi lunghi silenzi con fini epigrammi. « Veda, tutti siam ricchi, anche noi poveri, » se sappiam contentarci. »

Due donne, una a Mantova, una a Pazzone, mi spiegarono con un'eloquenza singolare la genesi dei loro mali, e il conforto che loro procurava l'acqua.

Qualche volta i sintomi del delirio sembrano prendere le forme vere della melanconia, e più raramente della monomania. Così ho incontrato una donna, figlia e nipote di pazzi pellagrosi, che essendo stata derubata, e avendone accusato non troppo giustamente un tale, temeva di doverne essere perseguitata; impazzì, e corse a nascondersi entro un tombino, stando nell'acqua per 3 giorni senza mangiare e senza moversi. Ripresa, fuggì con un suo fedele cane in un bosco, dove visse 20 giorni come una selvaggia, facendo capanne colle frasche, mangiando ghiande, e fuggendo a tutta gamba alla vista della gente.

Un'altra di 38 anni, di Saronno, rivelò, in tutto secreto, al giudice, come fosse stata violata ed ingravidata, e avesse partorito, e poi, d'accordo coll'amante, sepolta viva la creaturina; per tre mesi essa menò la giudicatura or qua or là alla ricerca del preteso cadavere; quando finalmente i medici, esaminandola, trovaronla *vergine e pellagrosa.*

Un altro a Brescia fissava di aver malattie veneree; si riempiva di rimedii delle quarte pagine dei giornali, e finalmente dicendo che tutti lo segnavano a dito, l'aveano in orrore, si gettò nell'acqua.

Una donna pellagrosa fissava di esser vescovo di Mantova, ed agiva in conseguenza.

Un mio pellagroso, intelligentissimo, sicchè l'adopero per istruire i ricoverati, brutto e poverissimo, ha il ticchio di dover sposare fra poco una delle più eleganti e giovani marchesine di Milano; e lo spiega con quella finezza ed ingegno, che sanno adoperare i monomaniaci.

N. N., all'ospedale di Milano, cardiaca, pellagrosa, edematosa, di 35 anni, ha una vera monomania di avarizia, per cui non solo risparmia a sè stessa il vitto, ma vorrebbe che lo si risparmiasse anche alle compagne.

Ma queste sono eccezioni, e che ben potrebbero, come sospetta Verga, esser casi di monomania innestata in pellagrosi. In genere anche quando la mania pellagrosa assume un tipo, coglie più quello del delirio sistematizzato, che non della monomania; per es. e' trovano necessario di darti una carta tutti i momenti, e non sanno il perchè; e ti vogliono nascondere il loro nome, o dicono di essere ingegneri e pieni di campi, ma nello stesso tempo confessano che sono bovari, e ti chiedono l'elemosina.

Quasi sempre poi alla pseudo-monomania si associa buona nutrizione e una bella forma del corpo, altra analogia questa coi paralitici generali.

Un carattere assai più comune della mania pellagrosa è una reale e, più spesso, apparente stupidità, un mutismo ostinato. Ei stanno raggomitolati, immobili, quasi cercando sfuggire il più possibile, non solo i contatti sociali, ma quasi la vista della luce; sol che, se quel letargo per qualche circostanza venga interrotto, noi siamo fatti accorti, non essere quella un' abolizione, ma solo un *irrigidimento* delle facoltà, che pur essendo integre, non ponno esplicarsi: ed essi vi confidano, allora, che stan così taciti, perchè non ponno far altrimenti; - che li perdoniate; - che capiscono che vi adoperate per loro. Ovvero interrompono i lunghi accessi di questa catalessi psichica, con una verbosità senza fine.

In alcuni poi invece di mutismo, di tristezza, vi è una gaiezza continua, senza causa, o una attività esagerata; e' seguitano a ripetere certe frasi, certe grida, certi canti, con un'insistenza alle volte insopportabile, e che li fa, in questo, simili agli alcoolisti.

Molti avvertono allucinazioni, soprattutto chenestetiche, e che dipendono certo dalle condizioni anormali dei loro visceri: *abbruciano; - hanno nello stomaco dei cani; - vedono acqua per tutto, e sentono voci che loro dicono di annegarsi; - sono morti.* Ma in genere il delirio loro ha un carattere sfumato, a limiti non ben definiti, contraddittorio, come nelle manie senili ed anemiche; e in questo poi differiscono dai paralitici, che non hanno quasi mai veri parossismi, che durino alcuni giorni di seguito, ma sì bene temporarie e deboli recrudescenze.

Errori di linguaggio, afasie poi, come negli epilettici, alcoolisti e paralitici, non ne ho veduti: poche volte notai una incertezza nella loquela; frequente invece trovai la tendenza a ripetere certe parole, e certe frasi anche senza senso.

Digitized by Google

Due caratteri però più particolari della pellagra sono la sitofobia e l'idromania.

Sitofobia. — La sitofobia è in alcuni causata dalla pervertita innervazione del ventricolo, di cui l'inappetenza e la voracità esagerate sono indizio chiarissimo; e diffatti molti vi dicono, nel rifiutare il cibo, che si sentono come un gruppo all'epigastrio, e che non ponno mandar giù il cibo.

1. — Una malata, che era di ostinata sitofobia nel delirio, guarita da questo, mangiava per obbedienza, ma con profonda ripugnanza - « mi par » dicea, di riempiere un corpo pieno; son piena » fino alla gola » — Era stitica. Dopo le evacuazioni, che ricorrevano ogni 8 o 10 giorni, mangiava voracemente.

2. — Altre volte, questa ripugnanza, che dipende da causa fisica, è (come avviene nel più degli alienati) dai pellagrosi mascherata e giustificata in strana guisa: non mangiano perchè non hanno denari; temono di essere imprigionati al pagare dello scotto; o perchè nel cibo v'è l'ostia; o perchè vorrebbero vederne mangiar gli infermieri e i colleghi della sala.

3. — In altri è effetto di allucinazione, o del delirio di persecuzione; temono che vi sia veleno nei cibi, ma, rassicurati, poi mangiano.

4. — In moltissimi poi è effetto di quel ticchio di ostinazione tenace, di dispettosità, per cui ei vi fanno sempre l'opposto dei desiderii vostri, e non eseguiscono una cosa, solo perchè fu loro ordinata, ticchio comune al contadino anche sano; e allora, non insistendo, lasciandoli a sè, essi mangiano più facilmente di quanto vi sareste imaginato.

Idromania. — Un fenomeno caratteristico della pellagra è la così detta idromania. Io l'ho studiata in molti individui, e parmi poter asserire, che parta da cause più complesse e contraddittorie, che non paia sulle prime.

1. — In alcuni la passione per l'acqua esiste veramente, ed è giustificata dal senso di scottore generale della cute, che si allevia coll'uso dell'acqua fredda. — Un esempio curioso ne vidi al Monte Baldo in una donna intelligentissima, atletica di forme, d'anni 45, con pupille ineguali, che contava un padre e un fratello pellagroso, una madre apoplettica, ed era già stata colta e guarita da mania pellagrosa, suicida. Essa soffriva di calore alla testa, che le pareva si liquefacesse, di vertigini con tendenza a cadere all'indietro, nausee, inquietudini notturne, ed uno scottore, continuo, alle membra, che solo scemava, quando si bagnava in un rivoletto d'acqua pura, che scorreva vicino alla sua capanna, sulle falde del Baldo: «Vede Lei » mi diceva « quest'acqua è la mia salute; se non mi potessi bagnare tutti i momenti qui dentro, lo scottore continuo mi farebbe ricadere nel suicidio. Io non darei quest'acqua per tutti i tesori del mondo.»

Un altro di Verona mi diceva, che tale era il benessere che gli procurava l'acqua fredda, che nel rigido inverno rompeva il ghiaccio per immergervisi dentro.

2. — In altri l'idromania non ha un rapporto col senso di scottore, ma parebbe dipendere quasi direttamente dal vivo piacere che provano alla sensazione dello specchio lucido dell'acqua, certo per qualche particolare modificazione della retina, che li fa simili in questo ai ragazzi, ed ai dementi paralitici; è un'impressione forte, che riesce forse a scuotere più vivamente e quindi più piacevolmente un organo indebolito. Diffatti ho trovato pellagrosi, che contemporaneamente si godeano di fissare e l'acqua ed anche il fuoco; e gettavano al fuoco gli utensili per vederli bruciare, e bruciavansi perfino i peli e la barba.

Un certo R.... di Luzzara, di anni 45, ortolano, pellagroso, che accusava prurito, debolezze muscolari, che lo obbligavano, ogni settimana, al riposo di due o tre giorni, mi diceva: « nessuna cosa al mondo piacergli di più, quanto un piccolo rigagnolo, o qualunque pozza d'acqua; sicchè io camminando» diceva «seguito sempre a riguardarla, e non posso cavar gli occhi di là, finchè la ho in vista; di notte, sogno di veder acqua.»

3. — In altri l'acqua non solo non è desiderata, ma esercita un profondo ribrezzo, perchè la sua vista determina la vertigine, già così facile nei pellagrosi. Se non che, quest'avversione è mal compresa dal più degli osservatori, e perchè ei vedono effetti così contrarii, come quelli dell'annegamento; e perchè gli infelici esprimono colla frase « *l'acqua mi tira* » quella specie di vertigine, che l'acqua cagiona loro.

Per convincersene, però, bisogna analizzare meglio le loro espressioni. Uno mi diceva per es. « quando vedo l'acqua, mi vengono foschi gli occhi, mi viene nausea; quando sono sul ponte, cerco di chiudere gli occhi e camminare nel mezzo, perchè altrimenti cadrei.» Un altro mi diceva « quando vedo l'acqua, cerco di chiudere gli occhi ed aggrapparmi ad un albero o ad un pilastro, perchè se no, mi sento tirare verso l'acqua stessa e cadere.» — Un altro mi dicea: « se al veder l'acqua non chiudo gli occhi, essa mi fa piegare il capo verso lei, e non posso più sbrigarmene. Qualche cosa di simile provo delle volte, quando sono pei campi, dove se non posso aggrapparmi ad un albero, spesso sono costretto ad andare in direzione opposta al mio intento.» Evidentemente non è un'attrazione per l'acqua, che fa annegare questi individui, è un effetto opposto. È l'impressione troppo viva dell'acqua, che come lo specchio, in alcune donne delicate, desta nausea, abbarbaglio e vertigine, e le fa quindi cadere.

Un esperimento, semplicissimo, me ne fe' completamente persuaso.

Ho collocato, in pieno mezzogiorno, un pellagro-

Digitized by Google

so, che mi accusava questo senso di tiramento all'acqua, davanti uno specchio, cui mi misi a movere rapidamente, ed egli subito si coperse gli occhi colle mani, allontanando il capo, e dicendo che non avrebbe più voluto vedere quello specchio, che gli produceva gli stessi effetti dell'acqua.

Un ragazzino, dello stesso paese, e pur pellagroso, costretto da me a fissare uno specchio in movimento in pieno mezzogiorno, dopo pochi minuti cadde per terra, e fu preso da nausea.

In molti, l'acqua produce ribrezzo, anche quando non può produrre vertigini, il che è uno di quei tanti fenomeni contradditorii, che si notano in tutte le forme degli avvelenamenti cronici, ma specialmente nella pellagra. — Un pellagroso di Castelleone mostrava ribrezzo dell' acqua fredda, perfino come bevanda, per cui bisognava la rattiepidisse per bere, e in Toscana è questa una causa per cui a molti non si può applicare l'idroterapia.

4. — In alcuni il suicidio per annegamento non accade già per odio della vita, ma per obbedire ad allucinazioni, le quali presero radice probabilmente in reminiscenze piacevoli idromaniache. — Così Malinverni P., che pellagroso dall'infanzia avea sempre provato passione per *l'acqua*, delirante nel 1868 vi si gettò dentro, *non per altro* che perchè sperava *starvi allegro e fresco come i pesci*. — Così un pellagroso si lagna di essere continuamente derubato, e di sentire una voce che gli gridi: « Annegati. » — « Eppure non voglio ammazzarmi » dice egli. — Un altro continuamente ripete, che lo si vuol condannare ad essere annegato. — Un altro, che se non s'affoga sarà dannato. — Una donna si getta nel pozzo per cercarvi un figlio, ch'ella crede vedervi dentro.

5. — Alle volte il suicidio per annegamento accade per una specie di moto automatico, d'impulso istintivo, come negli epilettici sotto l'accesso. Essi non sanno perchè lo facciano, e sottratti all'occasione, non rinnovano in nessun altro modo il tentativo di suicidio.

6. — Alcuni si gettano nell'acqua non per sommergervisi, ma per mitigar alcuni sintomi paresici, ed intanto presi da vertigine vi affogano. Io conobbi un robusto pellagroso, che non potea escreare, nè mingere, se non entrava nell'acqua della roggia, che sola riesciva ad eccitare gli indeboliti moti reflessi.

7. — Finalmente in alcuni il suicidio accade per ferrea determinazione della volontà, per isfuggire a sensazioni dolorose, che li tormentano crudelmente; e nell'esecuzione sonovi aiutati da un profondo pervertimento della chenestesi, che mentre li rende fin troppo sensibili alle impressioni dolorose, che partono dallo stomaco e dal cuore, li rende invece insensibili ai traumi i più dolorosi. Così R.... di Brescia, che soffriva insopportabili dolori alla regione epigastrica, si segò con una falce la gola, a cento metri di distanza dalla casa, e agonizzante ebbe il coraggio di trascinarsi fino alla soglia della casa colla falce in mano. — B.... intelligente, pellagrosa, ben nutrita, d' anni 40, tormentata da nevrosi viscerali dolorosissime, disperando di guarire si getta da una finestra, fratturasi omero, femore e coste, e con gli arti fratturati cerca di fare i movimenti, come di chi vuole impiccarsi. — G.... di Brescia fissa di essere affetto da malattie veneree, e di essere perciò additato e deriso dai suoi compagni, e s'annega in una scarsa pozza d'acqua

Per tutte queste ragioni, si capisce come debba spesseggiare l' annegamento, sia per accidente sia per suicidio, nei pellagrosi.

Ed una prova di questa frequenza, si è che nei paesi ove domina la pellagra, gli annegamenti, sia accidentali che volontari, sono più numerosi che non in quelle terre, i cui abitanti, per essere in rapporti continui coll'acqua per ubicazione, e per mestiere, per es. quelli delle isole e coste di Sardegna, Napoli e Liguria, dovrebbero esservi ben più esposti.

Vediamo per es. le statistiche del 1865 e 1866.

Regioni	Suicidi	Annegamenti
Lombardia	219	90
Liguria	63	11
Piemonte	194	43
Emilia.	195	82
Umbrie e Marche .	81	14
Toscana	94	26
Napoletano	216	53
Sardegna	15	6
Sicilia.	119	12

Le provincie come la Lombardia e l'Emilia affette da pellagra hanno quasi il 50 % dei suicidi per annegamento. Toscana, Romagna, Napoletano e Sicilia, che pur si danno alla pesca e son cinti dal mare, danno frazioni modestissime di suicidi per annegamento.

Il fatto risulta ancor meglio, studiando le morti accidentali confrontate a quelle per annegamento, non solo regione per regione, ma provincia per provincia.

Così nel 1865 vediamo:

Regioni	Annegamenti	Morti accidentali
Lombardia	159	1214
Piemonte	106	613
Emilia.	162	789
Liguria	38	355
Marche ed Umbria .	66	499
Sicilia.	87	797
Napoletano	178	1819
Sardegna	10	83

Digitized by Google

E discendendo, che è più importante, nelle singole provincie, vediamo in prima linea:

Provincie	Annegamenti	Morti accidentali
Milano	166	480
Pavia	43	107
Reggio Emilia	28	69
Alessandria	49	144
Brescia	41	162
Cremona	47	89
Parma	30	87
Modena	46	126
Novara	32	101

Mentre invece

Provincie	Annegamenti	Morti accidentali
Palermo	16	324
Girgenti	6	95
Genova	31	235
Napoli	17	219
Sassari	5	74
Calabria	7	96

Farebbe eccezione soltanto:

Provincie	Annegamenti	Morti accidentali
Messina	19	66
Benevento	18	76
Bari	26	57
Otranto	14	86
Siracusa	17	63

che senza aver pellagra danno una cifra abbastanza larga di annegati, e:

Torino con 41 annegati su 215 morti accidentali
Bergamo con 7 » 45 »

che avendo un numero rilevante di pellagrosi, hanno un numero relativamente minore di annegamenti.

In complesso, però, tolte poche eccezioni, si può ben dire che l'idromania pellagrosa si riflette, nella statistica delle morti accidentali e dei suicidi in Italia.

§ XII. — Intermittenza.

L'intermittenza dei sintomi della pellagra è un carattere notissimo. — Per istudiarle però col maggior dettaglio, ho tenuto esatto conto per tutto l'anno 1867 e 1868 degli accessi veramente gravi di 100 alienati pellagrosi, quasi tutti affetti da due a cinque anni. Il risultato di queste note è esposto nella tavoletta che segue:

TABELLA
degli accessi maniaci di 100 pellagrosi nel 1867-68

Giorni	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre
1	2	2	1	4	2	1	3	3	1	2	3	2
2	—	3	—	5	1	3	1	3	3	3	1	3
3	—	1	—	3	2	2	2	4	2	2	2	1
4	2	3	—	1	1	1	3	5	1	3	3	—
5	—	2	—	—	2	2	4	3	1	2	4	—
6	2	2	—	3	2	2	1	4	2	4	2	2
7	—	3	—	2	1	2	2	2	3	2	3	3
8	—	2	2	—	1	5	5	4	2	3	2	2
9	1	—	1	1	2	2	3	2	2	1	3	2
10	1	—	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3
11	2	1	—	3	1	5	5	5	2	3	3	1
12	2	4	2	2	1	1	4	2	—	4	2	4
13	3	2	2	1	1	1	3	2	2	3	3	1
14	2	—	4	1	2	—	2	3	1	2	4	1
15	—	1	1	—	2	3	4	4	3	3	3	—
16	1	—	—	1	2	6	4	2	2	3	2	2
17	—	3	1	—	1	3	3	3	1	—	1	1
18	1	1	1	1	3	4	1	3	3	5	2	1
19	1	—	—	1	5	1	3	2	—	3	2	1
20	1	—	—	1	2	2	2	4	1	2	1	1
21	—	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1	2
22	—	1	—	2	1	2	3	4	1	2	—	2
23	4	—	2	2	—	3	1	4	1	3	3	1
24	—	—	1	3	1	2	—	2	—	2	4	1
25	4	—	2	1	2	4	2	1	2	3	2	3
26	—	—	2	3	2	2	5	1	1	4	4	1
27	2	1	3	—	2	1	2	1	2	2	3	1
28	2	—	—	—	4	1	2	2	1	3	—	2
29	2	—	—	2	3	1	3	4	1	3	—	1
30	—	—	—	4	1	2	—	3	1	5	1	3
31	—	1	—	1	—	—	—	3	1	—	—	—
	33	34	27	50	54	67	77	88	46	87	66	48

Si vede, a prima vista, come gli accessi, rarissimi nei mesi freddi, aumentano quasi del doppio nei mesi di primavera, e precisamente aumentano nei primi di Marzo, e van crescendo ad ogni mese più caldo fino all'Agosto, in cui ritornano allo stato dei mesi primaverili, per dare una nuova recidiva in autunno nell'Ottobre.

Evidentemente due azioni, qui, si mostrano potenti, l'influenza dell'elevarsi della temperatura, ma più ancora quella dei rapidi cangiamenti termometrici e barometrici. Il che è soprattutto attestato dagli accessi notati in autunno. Anche altri autori, come il Calderini, hanno notato come parecchi pellagrosi, invece che in primavera, recidivano in Settembre.

Quanto alle recidive della primavera, che sono

Digitized by Google

le più comuni, bisogna notare che anche per l'alcoolismo endemico s'è fatto (1) una medesima osservazione. E non è difficile che dipenda dal difetto di alcuni dei principii minerali del sangue, per es. dei fosfati che si videro diminuire nei primi mesi caldi, e precisamente nel rapporto di 0,569 a 1,064 in confronto che nei mesi invernali.

Un'altra forma d'intermittenza ho notato in sei pellagrosi, ed è la forma terzanaria. — Per es. Moglia Giuseppa, d'anni 37, un giorno si rifiuta al cibo, presenta polso 90, calore 37,50; il giorno dopo polso 80, calore 36, quiete completa; il terzo giorno di nuovo delirio, e polso e calore aumentato.

Un'altra periodicità comunissima nei pellagrosi è quella delle ore diurne; quasi tutti accusano maggiori le cefalee nelle ore più calde del giorno, e precisamente dalle 12 alle 3, il che è evidentemente in rapporto col grado della temperatura, che è maggiore in quelle ore. In alcuni, invece, è la notte, che dà luogo a continue vertigini, ad allucinazioni massime nel momento di addormentarsi; mentre svegli, di giorno, stanno bene.

§ XIII. — Complicazioni morbose. Pseudo-pellagra. Eredità.

Un carattere della pellagra è quello di complicarsi a molte malattie, le quali spesse volte la mascherano completamente.

Alcoolismo. — La più comune complicazione è quella dell'alcoolismo. Io ne vidi parecchi casi, in cui era difficile distinguere fino a qual punto il morbo era prodotto dall'alcool o dal maiz ammorbato. E ciò perchè alcuni affetti da incipiente pellagra cercano, come i paralitici, un momentaneo rinforzo negli alcoolici. Altri per soddisfare il vizio dell'alcool consumano il danaro necessario agli alimenti, e sono costretti a comprare maiz ammorbato, perchè più a buon mercato. In altri pochissima quantità d'alcool, trovando un corpo già predisposto dall'avvelenamento del maiz malato, precipita lo scoppio del male, come lo produrrebbe una qualunque causa secondaria. Molte volte è difficile farsi un criterio (2), giusto, della vera fra le due cause, sì perchè le due cause decorrono parallele, e sì perchè il paziente, non volendo confessare dovere al vizio il suo male, vi trae forzatamente in inganno.

Così C. M., di Verona, pellagroso, mi raccontava come, a 20 anni, impiegato nella macina della vallonea, guadagnasse da 5 a 6 franchi al giorno, e, malgrado si nutrisse lautamente, divenisse pellagroso: il che, dice egli, lo obbligò ad abbandonare il mestiere e divenir mendicante. Ma io andando a prender informazioni dai compagni, seppi che egli s'ubbriacava continuamente, che quindi dovette essere congedato, e fu costretto allora a mendicare il pane; e in lui tanto durava il vizio alcoolico, che vendeva il pane ricevuto contro polenta ammuffita, per comperare acquavite. Cominciò, da allora, ad accusare debolezze muscolari, diarree, tremore, prurito, accessi epilettiformi, vista torbida, inappetenza, dilatazione dei vasi capillari del volto.

Franceschini, muratore di Verona, d'anni 55, aveva il fratello pellagroso; bevitore famoso, venuto in miseria, mangiava polenta ammuffita per bere acquavite. A 54 anni in Aprile è preso da forte cefalea, debolezza straordinaria delle gambe, vertigini, stitichezza, spelatura delle mani, dolore alla pianta dei piedi, come se vi avesse delle vesciche. Più tardi ptosi della palpebra destra, tremori e convulsioni della mano destra, polso lento, duro, ateromatoso.

Fran.... di Favrio, carrettiere, figlio di parenti consanguinei e pellagrosi, bevitore celebre, però d'aspetto robusto, è soggetto da 15 anni a vertigini, rutti, diarree, pulsazioni all'epigastrio, sussurro all'orecchio destro, fotofobie, allucinazioni ottiche, dolore e peso al braccio destro, eritema alle braccia, e finalmente vero delirio, che recidivava ogni volta che abusava troppo degli alcoolici.

Maro Alessandro di Zerbo, d'anni 56, falegname di campagna, ebbe 2 anni fa voracità, desquammazione alle mani, diarrea, e debolezza tale da cadere a terra; nel Marzo 1869, dopo aver fatto un miglio, si sentì abbandonare le forze, in modo da doversi far trasportare: attribuisce la causa della malattia all'aver dovuto, da ricco che era, diventar miserabile, e quindi abbandonare *il vino*, di cui era famoso consumatore, come quegli che ne beveva più di tre pinte al giorno.

L'individuo molto robusto, pesante 63 chilogrammi, con aspetto florido, ha cranio brachicefalo, con leggera plagiocefalia destra, diametro longitudinale 200, trasverso 186, circonferenza 550, curva longitudinale 340, trasversa 300. Ha orec-

(1) La massima parte dei 456 casi di delirium tremens notati da Bang, a Copenaghen, cominciarono a manifestarsi in Maggio e Giugno. — Hoegh.-Gulberg. notò in Maggio svilupparsi il doppio di alcoolismi che in tutti gli altri mesi. Barkhausen assicura, che non si osservano quasi mai casi isolati di delirium tremens, che si sviluppano sempre contemporaneamente, e nel principio di Maggio — Roussel. De la Pell. 1865, p. 131.

(1) Questa difficoltà s'incontra anche in altre intossicazioni. Kussmaul notò che tanto il mercurio, come il piombo e l'alcool, producono un *delirium tremens* affatto simile; - e che nei lavoratori di mercurio e di piombo, dediti agli alcoolici, era impossibile sceverare i sintomi prodotti dall'alcool da quelli del metallo, tanto erano analoghi. — Mittheil. über chron. Mercurialismus. Würzburg. 1853.

Digitized by Google

chie mal impiantate, pupille ristrette, lingua screpolata, cloasma alla faccia, orine pallide e scarse, polso 58, cammina con passo sicuro, ma ha loquela, qualche volta, imbarazzata, però intelligentissimo, e non rare volte coi suoi epigrammi imbarazza gli interroganti. Egli ti cerca persuadere, come possieda parecchie dozzine di milioni, e come in grazia della intromissione di un prete egli appena uscito di qui debba sposare una contessa T, che gli porterà in dote dapprima diceva 200 mllioni, ma poscia si contentava di 200 mila lire. « *Esse mi bastano* » diceva « *Con queste, fra poco* » *sarò più ricco dei re, poichè il mestiere dei re* » *porta troppe spese.* »

Al 13 Aprile gli si manifestò risipola al dorso delle mani e dei piedi, seguita da desquammazione, e fu, allora solo, che potei far diagnosi di pellagra. Il calore allora era 37.70, più tardi sottoposto alla cura arsenicale alternata coll' oppio mostrò un lieve miglioramento. Quanta difficoltà v' è in questo caso a far una diagnosi giusta! — È monomania, è paresi, è pellagra, è alcoolismo?

Anche la Commissione Piemontese in Piemonte, come Paolini a Bologna, rimarcarono la grande frequenza della coincidenza di alcoolismi con pellagre. Noi vedremo più tardi come questa si spieghi da ciò che ambedue producono adiposi in alcuni visceri. È però ad ogni modo notevole, perchè è in apparente contraddizione col fatto, che nelle epoche e nei paesi, dove abbonda il buon vino, scarseggia la pellagra. La contraddizione svanisce, se si consideri come una moderata quantità di vino è giovevole, mentre è dannosa una grande; e chè la mancanza del vino in molti siti, vuol dire mancanza di agiatezza, e quindi acquisto di maiz di cattiva qualità.

Del resto i casi di alcoolismo misto a pellagra mi sono sembrati assai meno gravi che quelli della pura pellagra, e quasi tutti li ho riscontrati in città.

Una malattia che frequentemente gli antichi, e che anche negli ultimi anni il Labus trovava compagna alla pellagra, è la tubercolosi. Io la rinvenni, rarissime volte, nei pellagrosi di Lombardia e del Veneto. Invece l' amico Dalla Rosa mi mostrò frequentissima questa complicazione in Tirolo, avendo trovato 10 tubercolosi su 15 pellagrosi morti.

Forse questa esenzione fra noi dipende dall' antagonismo colle affezioni cardiache, a cui i pellagrosi nostri vanno così frequentemente soggetti: forse anche fu presa dagli antichi per tubercolosi la pneumonite cruposa, che ha tanti dei caratteri macroscopici della tubercolosi, e che spesseggia nei pellagrosi, i quali del resto vanno soggetti più frequentemente degli alienati all' edema ed enfisema del polmone per atrofia del tessuto polmonare. Nella Valacchia Felix trovò frequentissima la complicazione della sifilide, che da noi manca completamente, ma bisogna notare che la scarsezza delle misure profilattiche in que' paesi vi rende la sifilide più diffusa, che non sia da noi.

Nei paesi dove domina il gozzo o il cretinismo, in Lombardia p. e., la pellagra è così diffusa, che i parenti e medici accusano, a vicenda, l' una malattia come causa dell' altra: il delirio pellagroso ivi assume una forma più stupida, la voracità è più costante e meno possibile la cura: noi ne troveremo tuttavia qualche caso fra i nostri guariti, per es. la Ferraresi e la Barbieri.

In alcune terre del Veneto trovai frequenti le complicazioni migliarose.

Frequentissime fra tutte poi furono le complicazioni uterine, e spesso tali da non poter distinguere, se fossero complicazioni accidentali, o facessero parte essenziale della fenomenologia della pellagra.

Una complicazione comunissima della pellagra, e che ha fatto nascere la teoria così celebre, che dominava testè sulla pellagra, è la degenerazione marasmatica. L' individuo, soprattutto se non si nutre bene, alle volte anche alimentandosi bene, dimagra rapidamente, e raggiunge un grado straordinario di macilenza, riducendosi perfino al peso di 28 chilogrammi; questa macilenza, però, ha il carattere di cessare nella stagione invernale, di associarsi spesso all' idromania, al mutismo ostinato, e non di raro ad iperinosi.

Quanto al distinguere la vera pellagra dall' alcoolismo, e dalla paralisi in ultimo stadio, basta il notare che nei pellagrosi manca la afasia, è raro l' ateroma delle arterie, è rarissimo il delirio ambizioso o melanconico de' paralitici, e le urine non presentano il colore, la densità notevole e la ricchezza di fosfati dei paralitici ed alcoolisti, e mancano le allucinazioni ottiche e tattili dei bevitori; e questi ultimi, come pure i paralitici, non presentano l' idromania, l' atrofia cardiaca, e il colorito terreo, o l' aspetto vitreo dell' occhio dei nostri malati.

Pellagra ereditaria. — Ma v' hanno forme pellagrose o pseudo-pellagrose ancora più difficili a diagnosticare, perchè la pellagra, pure esistendo, non ha potuto manifestarsi in tutta l' interezza de' suoi tristi sintomi; questa è una forma, che io chiamerei di pellagra ereditaria.

Ve n' hanno due specie, una gravissima, l'altra assai mite.

La prima si manifesta fino dal second' anno di vita; rare volte con desquamazione, più spesso con dolori all' epigastrio, pirosi, voracità, camminare incerto, facile paurosità, diarrea, aspetto giallognolo, come nelle febbri di malaria, mancanza e tardanza nello sviluppo; ma solo più tardi tutti i fenomeni della pellagra, che resistono con singolare tenacia ad ogni cura. In alcuni ho osservato una mala conformazione del cranio, una straordinaria brachicefalia, o doligocefalia, fronte

Digitized by Google

sfuggente, orecchie male impiantate, assimetrie nel volto, anomalie negli organi genitali.

Ma nelle stesse terre ove predomina questa forma osservasene un'altra, se in apparenza assai più mite, certo, nel fondo, più degna di rimarco, dal lato dell'igiene profilattica. Essa è una vera pellagra senza pellagra. Sono individui che hanno or l'uno or l'altro dei sintomi della pellagra, ma non li presentano mai così completi come nei veri pellagrosi.

Nel paese di Pazzone nel Veneto e Favrio nel Trentino, ho veduto centinaia di questi infelici anche di classi agiate, che accusavano, gli uomini, scottore ai piedi, dolor dorsale, pirosi; le donne, leucorree, peso all'utero, menopause, rutti, vertigini, stitichezze, diarree, colorito giallo della pelle, eppure non avevano avuto desquamazione, nè delirio.

Queste complicazioni a me movevano più compassione che non la vera pellagra, perchè indicavano come il male fosse per eredità, infiltrato nel germe di tutta la popolazione, e quindi men facilmente riescisse sradicabile. Succede, allora, della pellagra, come del cretinesimo, che, una volta sparso in un gruppo di famiglie, predisposte dalla località, miseria ecc., getta degli sprazzi anche nelle famiglie che più ne dovrebbero essere esenti: lasciandovi se non il corpo, almeno la livrea, come ben diceva il Verga, del morbo endemico.

In Favrio, ho potuto convincermi l'eredità influirvi direttamente, essendo colpiti di pellagra per esempio tutti gl'imparentati dei Franceschinelli e Lorenzi, ed esenti solo quelli della famiglia Briosi, che pur vivono con egual parsimonia, anzi miseria.

Atavismo. — Molte volte l'influenza dell'eredità, invece, non si può rinvenire perchè l'atavismo sfugge alla debole attenzione, alla labile memoria del povero colono, ed è invece preponderante forse più che l'eredità paterna.

Così Barb... giovane diciottenne, pellagroso, che a 2 anni cominciò a divenir diarroico, a 8 anni vertiginoso, a 19 affetto da tifo pellagroso e poi maniaco, ha padre e madre sani, ma l'avo suo morì di diarrea pellagrosa da cui fu affetto nella vecchiaia.

Allieri, giovinetto di 12 anni ne mostra 7, ha il cranio ultradoligocefalo, e plagiocefalico, continue diarree, tendenza a mordere e battere continuamente il capo contro il muro, e la sensibilità ai moti riflessi così esagerata, che il più lieve rumore improvviso lo fa cadere per terra - or bene il padre e la madre sua sono sani ed intelligenti - i fratelli pellagrosi - suo *nonno* in vecchiaia era affetto da pellagra colla tendenza a mordere, a cadere per terra al più lieve rumore, ed a battere la testa contro il muro, che ha il suo nipote.

§ XIII. — Mania con arresto di sviluppo.

Una forma di pellagra sfuggita se non erro a tutti gli specialisti eccettuato il Dott. E. Ferrario, è quella che io chiamo pellagra con arresto di sviluppo generale del corpo, specialmente degli organi genitali. I seguenti esempi, per ora, basteranno a darne una qualche idea.

Maggi Giacomo, da'Costa de'Nobili, contadino, d'anni 18, ha il nonno e lo zio paterno pazzi e pellagrosi, la madre e sorella pellagrosa, un fratello scrofoloso, il padre pure pellagroso e pazzo ad intermittenza; si lagna di vertigini, vomito, pirosi, stanchezza, vento nelle orecchie, prurito, ed ogni 5 a 6 notti senso di punture di aghi nel corpo. Appena nato si notò come fosse voracissimo, e come tutto, fin il vento, gli incutesse paura; più innanzi, dopo i sei anni, restò taciturno, e ci volevano gli uncini per farlo parlare, a meno di dargli poco da mangiare, poichè allora seguitava a ripetere continuamente *poco*, *poco*. Verso gli otto anni ebbe veri attacchi maniaci, non voleva entrare in chiesa, voleva gettare i fratelli nelle roggie vicine. A 15 anni gli si desquamò la pelle delle mani; ebbe subdelirio per cui non voleva uscire dalla stalla per paura della sua ombra. Nel Febbraio 1868 cioè a 17 anni, cominciò a fissare, che alcuni individui volevano ucciderlo, e gettando gli zoccoli sulla gente si difendeva da questi nemici immaginari. Suo padre per obbligarlo a lavorare, gli tolse il cibo per tre giorni, ed egli allora scoppiò in delirio veramente furioso.

Condotto al manicomio il 24 Marzo 1869, riscontrammo un individuo assai gracile, ma alto, del peso di chilogrammi 86.500, prostrato di forze. La circonferenza del cranio di 520 milimetri, curva longitudinale 30, trasversa 300; 180 il diametro longitudinale e 150 il diametro trasverso. Sutura coronaria molto rilevata, sul volto parecchie macchie rosse, circolari, che più tardi si desquamano; la pupilla poco mobile, la congiuntiva molto iniettata, le orecchie larghe e mal impiantate, organi genitali atrofici, come in un bambino, mancanti di pelo le ascelle e il pube. Il polso debole, celere 93; calore 37,60 al massimo e 36,50 al minimo. Le orine sono anemiche, alcaline 1010, 3 Vogel, ricche di carbonati e fosfati. Spesso è preso da convulsioni toniche e cloniche, che qualche volta per la rapidità con cui appaiono e scompaiono, simulano l'epilessia. Gli arti sono sempre contratti, rigidi; però cammina di continuo, e si regge bene. La intelligenza pare abolita, perchè taciturno; ma ben osservandolo, la fisionomia non è di stupido, piuttosto anzi, di uomo adirato. E diffatti quando viene la madre, parla, benchè a poche e roche e irose parole alle volte, come per es. « venitemi a prendere - sono stufo - ho poco da mangiare. » — Qualche volta coi vezzi e

Digitized by Google

le carezze riesco a farlo sorridere, ma ben tosto ei si racchiude, di nuovo, nel suo mutismo.

Al 1.° Gennaio viene sottoposto alle frizioni di cloruro di sodio.

Si notano nel Febbraio, febbre, dolor al costato, sfregamento a destra, con orine affatto aclorurate e del peso di 1026, leggermente acide; calore 36,50, polso 59, di poi accessi di lipotimia con abbassamento notevole di temperatura (35), e polso a 140. Al 12 Aprile si manifesta ulcerazione alle labbra, e desquamazione al volto.

Nel Giugno presenta aspetto più aperto e sereno.

Il corpo è più sviluppato; pesa 47 chilogrammi; qualche traccia del pelo al pudendo; parla più spesso e chiede di andar a lavorare ai suoi campi.

Croci Giacomo di Rovegno, contadino, d'anni 19, entrò in clinica, il 28 Luglio 1867. Il padre suo da giovane fu soggetto a pellagra con cefalea, rinorragia, e da ultimo con ischialgia. Lo zio paterno era tisico, un fratello cretinoso, un altro, che pare fosse cretinoso, è morto di meningite a 7 anni, tre altri fratelli morirono precocemente. - Giovine, intelligente, docile, a 16 anni diviene bizzarro, si mette a ballare e cantare per le vie, a rompere i mobili della casa, infine fugge pei campi, colpisce il padre con sassi, tuffa il capo nei fossi pieni d'acqua, e mostra persino desquamazione al dorso delle mani.

Malgrado i suoi 19 anni, presenta il corpo assai poco sviluppato, dell'aspetto di un bambino di 9 a 10 anni, manca di pelo al pudendo, all'ascelle, la pelle fina, eritema e poi edema delle palpebre, delle mani e dei piedi, scorbuto al polpaccio e alle gengive; il capo un po' grosso, plagiocefalico, presenta diametro longitudinale 188, trasverso 164, circonferenza 525, curva longitudinale 300, trasversa 320, larghezza della fronte 20, altezza 3. Orecchie piccole, impiantate in basso, denti grossi. — Cuore piccolo, punta abbassata e portata a destra; vene assottigliate, così che a mala pena si intravvedono; il polso lento, 50 battute; orine 1010, poco acide.

Dal giorno dell'entrata, Luglio 1867, fino all'Aprile 1869 apparve completamente demente. Inerte, immobile, pareva avesse la sensibilità completamente abolita; a forza si obbliga a non insucidarsi, a mangiare, sempre si accovaccia, apatico muto, insensibile alle punture, alle voci altrui, colla testa fra le gambe, e rare volte borbottando suoni inarticolati; quando vede i suoi parenti si mette a gridare e piangere fortemente.

Curato colle frizioni di sale per uso esterno, nel Maggio 1869 mostrò i primi sintomi di miglioramento: la fisionomia più aperta e la pelle più chiara. Consegnato ad un alienato intelligente, impara a saltare con una sola gamba, a tenersi pulito, e poi perfino a scrivere ed a leggere.

Nuove prove dell'esistenza di questa forma speciale di pellagra si troveranno nelle storie esposte nella parte quarta, del Beretta, Tacchino, Ponteroli, Grandi, Faccioli, Varesi. Noto intanto che di tutti i presentati con questa forma, 2 soli non sono ancora guariti, e sono gli ora descritti; uno morì, ed offerse di particolare alla sezione uno sviluppo enorme delle glandule addominali, mancanza di sperma nei testicoli (mancanza del resto non rara, secondo gli studi del Mantegazza, nei nostri contadini), e la pigmentazione dei vasi capillari del cervello. — Vedasi la storia di Bernassani (Parte 3.ª).

§ XIV. — Tifo pellagroso.

Una complicazione tutta propria e gravissima della pellagra è quella del *tifo* così detto *pellagroso*.

Ben a torto il Lussana si sforza di provare ch'esso sia semplicemente un tifo comune sopraggiunto in individui pellagrosi.

Diffatti, fino gli antichi, per es. il Nardi, avevano osservato esservi delle differenze caratteristiche tra il tifo propriamente detto ed il tifo pellagroso, il quale non ha prodromi, ha un decorso più breve dell'altro tifo, colpisce i più robusti, non presenta le macchie petecchiali, ha rarissime le guarigioni e sempre accompagnate da una perdita di forze, sproporzionata alla durata del male, e in qualche volta, piuttosto che nuovi sintomi, presenta, l'acutizzazione dei fenomeni, che esistevano prima nell'individuo. Finalmente il Verga, in una preziosa lettera al Billod notò mancare nei tifi pellagrosi lo sviluppo delle glandole del Peyer e dei follicoli del Brunner, e riscontrarvisi la milza non solo normale, ma spesso *più piccola* dell'ordinario.

Io aggiungerò di più, che sonvi differenze notevoli anche nei sintomi da me annotati nei tifi pellagrosi. Io notai, infatti, in questi non solo la lingua secca, la spossatezza, il vaniloquio la carpologia, i sussulti, la sete intensa, il tremore dei soliti tifosi, ma osservai, di più, la retrazione forzata della testa, gli accessi od epilettiformi (1), o tetanici, gli occhi sporgenti e lucidi, la paralisi della vescica, l'edema degli arti, la disfagia, il sopore, il *vomito*, il rifiuto degli alimenti soprattutto carnei, o la voracità lupina, e la diarrea infrenabile con odore ammoniacale, e qualche volta l'odore ammoniacale del sudore e del respiro e l'alcalinità o la neutralità, sempre, la debole densità dell'orine ed il calore elevato di 39, 41, 42, che si manifesta spesso fino dai primi giorni del male, mentre nel tifo il rialzo massimo della temperatura si manfesta soltanto negli ultimi giorni, od è settenario. Ma due fatti assai più importanti

(1) Nel tifo rarissime sono le convulsioni e mai ve ne sono di parziali ed il delirio quasi mai si notò nel principio del male.

Digitized by Google

finirono per mostrarmi non solo la differenza del tifo, ma la natura vera di questo male, e questa è la presenza, non rare volte riscontrata nelle orine, dei tubetti renali, e quello che più importa quella dell'urea, in grande quantità, nel sangue.

Eccone degli esempi:

Muffini, d'anni 40, contadina di Girolla, ebbe un cugino pazzo, sani i genitori: si nutriva sufficientemente bene, di ova, latte, polenta e fagioli: si sgravò tre volte con grave metrorragia, un'ultima volta felicemente: dopo il parto, che successe nel 1.° Gennaio 1862 si sentì flacca, debole, le scomparvero i menstrui; nell'Aprile 1867 offerse eritema pellagroso. Nel Maggio 1868 cadde in vero delirio: puliva continuamente il pavimento, e a chi ne la distoglieva, diceva la lasciassero fare perchè era quello un suo modo di divertirsi. Il 14 Luglio entrata da noi, la troviamo abbastanza ben nutrita, del peso di chilogr. 46, 500, ma apatica, semiparalitica, sicchè cade per terra con facilità: la mente ha debole, ma lucida, per es. pregata, mostra la lingua, e dice che la perdonino se fa delle bizzarrie perchè non ne ha colpa; la parola è imbarazzata, le braccia sono in una perpetua convulsione clonica, la pupilla è regolare.

Il 15 Luglio è presa da una continua sete, e nel mezzogiorno da accessi epilettiformi, seguiti da diarrea infrenabile. Chiede con parole tronche che la si bagni con acqua fredda. Presenta la lingua fuligginosa, trismo alternato con convulsioni epilettiformi, polso 112, calore 39,50 orine del volume di 600 grammi, peso specifico 1008, con colore 3 Vogel, che, cimentate coll'acido nitrico, non danno l'azione dell'albumina; ma esaminato il deposito urinoso al microscopio, mostrasi ricco di cilindretti renali. Salassata, ed esaminato il siero del sangue, si trovò contenere una notevole quantità d'urea, vale a dire 40 milligrammi d'urea per 100 c. c. di sangue (1).

Il giorno 21 continuava il vomito di materie verdastre, il calore era giunto a 41, il polso 120; le convulsioni epilettiformi continuarono sempre sino alla sera, in cui morì. — La sezione non rivelò nè catarro d'intestini, nè congestioni spinali, ma sibbene adiposi dei reni e degenerazione bruna con escellulazione del cuore.

Lorenzo Cavallini di Verona, figlio di padre maniaco, d'anni 38, contadino, del peso di 85 chilogrammi venne preso da mania pellagrosa, in seguito a grave dispiacere di famiglia, tentò di strozzare la moglie, di ferire un fratello. Ha aspetto robustissimo, atletico, cranio ben conformato, occhio sporgente, e rosso, pupilla dilatata, lingua fuligginosa e secca, eritema pellagroso alle mani, al ventre, al petto; calore 41,30; orine del peso di 1012, leggermente acide, pallide, senza albumina, grida continuamente contro la sorella, contro la moglie, ed è preso da convulsioni cloniche, con retrazione forzata della testa, sete continua, carpologia, vomiti, diarrea, paralisi della vescica. In 24 ore soccombe, e non si trova alla sezione se non un po' di sierosità tra la dura e la pia madre e nei ventricoli cerebrali, atrofia della milza e *adiposi avanzata* dei reni, del cuore, e del fegato.

Chiodi Giorgio, d'anni 40, contadino di Bobbio, figlio e fratello di pellagrosi, di sana e robusta costituzione, non ebbe mai a soffrire alcun malore, tranne una contusione ad una spalla per caduta da una pianta. La mente doveva essere anche poco tempo fa non alienata, perchè fu nominato tutore di un ragazzo; certo però ci parve poco svegliato e vivace, ma di cuore affettuoso assai verso la madre. Nell'Agosto 1868, cominciò a sentirsi male, e si portò dal medico per farsi visitare. Nel ritornare al proprio paese prendeva lungo la strada dei ciottoli, e con gran meraviglia li mostrava ai compagni. Giunto a casa, si ritirò in camera, senza voler vedere, nè udire nessuno; più tardi diede in violenti accessi furiosi, in cui cercava colpire i famigliari, e in tale stato durò per dieci giorni. Per otto giorni non prese cibo di sorta: solo nel nono incominciò a mangiare, ma diffidente, voleva che altri prima assaggiassegli il cibo.

Di forme robuste, alto metri 1,70, del peso di chilogrammi 49 e grammi 400, presenta desquamazione alle mani ed alla faccia, gli occhi immobili, le braccia semiflesse, sta rigido nella medesima posizione, guardando fisso, e non rispondendo, o solo brevi monosillabi a chi lo dimandi.

Il giorno 25 Agosto fu preso da febbre, diarrea, rantoli crepitanti nel polmone destro; migliorò col calomelano e ipecacuana, e parve rimettersi dal delirio.

Il 19 Ottobre, tutto ad un tratto recidivò nel delirio, ritornòla febbre, con polso 130, calore 39, 75, sete ardente, carpologia, tremori, pupilla dilatata, fauci aridissime, schifo degli alimenti, vomito, denti fuligginosi, orine pallide 1010, acide, con pochi cloruri e pochi fosfati.

Perdurò così, pur con lieve intermittenze, fino al 30 Ottobre, in cui morì. La sezione, come vedremo, non rivelò che lieve ulcerazione intestinale e *adiposi* del rene, e milza *atrofica*.

Io, che non avea potuto assistere se non che alla sezione di questo individuo, richiesi replicatamente al mio egregio collega ed assistente, se avesse trovato alcalinità grande od albumina nell'orina, e malgrado egli mi rispondesse assolutamente che per replicate prove non gli risultò altro che il poco peso specifico, la molta ureritrina e i pochi cloruri e fosfati, siringai il cadavere, e ne estrassi un 100 grammi di orina. Presentava questa il peso specifico di 1008, era acida, del 3 Vogel, con pochi cloruri; avendo messo molto acido nitrico

(1) Vedi parag. x.

Digitized by Google

in una provetta carica di orina, non vidi che un opacamento momentaneo, che subito disparve, depositandosi sostanza colorante bleu-rossa: lasciai cadere, allora, con molta diligenza, in altra provetta una goccia sola di acido nitrico e subito vidi formarsi una nuvoletta di un bianco leggero leggero, quasi diafano. L'albumina c'era. Esaminati infatti i depositi urici, si rilevò subito una quantita grande di tubetti oriniferi, alcuni a segmento di cerchio, altri ad ansa, con molte cellule epiteliari e alcuni cristalli quadrangolari, di cui non si potè ben diffinire la natura.

Questi, ed i casi registrati nella parte 4.ª e 5.ª, credo sufficienti a farci comprendere come il tifo dei pellagrosi sia d'origine uremica - fatto, che già potevasi sospettare solo all'esame dei sintomi, più proprii dell'uremia che del tifo, quali la diarrea, lo schifo del cibo, il vomito, le convulsioni epilettiformi, sopore; odore ammoniacale; ma questi casi, che è più, ci mostrano il perchè sia sfuggita all'attenzione dei più la natura uremica di questi tifi. L'albumina dell'orine, che tanto avrebbe giovato a porre in avvertenza gli studiosi sull'uremia, era in così scarsa quantità, in questi casi, che col reattivo ordinario non la si rinvenne se non difficilmente, e quindi pochi ne potevano esser messi in sospetto.

In altri casi i sintomi di tifo, invece, sono prodotti non da uremia, ma da ammoniemia, come ce l'indica la diarrea, paresi, sudori ammoniacali, l'orine alcaline; e noi ne registreremo un esempio nella parte 4.ª, (1).

§ XV. — Riassunto.

Abbiamo veduto come la pellagra diversifichi non solo da paese e paese, ma da individuo ad individuo, certo, secondo che trova nell'uno più che nell'altro, più debole un dato organo, e più facile, quindi, all'invasione del veleno, cosicchè in nessun'altra affezione, meglio che in questa potrebbesi dire non avervi malattia, ma malati. Questo, del resto, accade in tutte le malattie da veleno, o da infezione, che, pur serbando alcuni caratteri propri, specifici, si presentano spesso con lesioni le più diverse: per es. la perniciosa colla forma tetanica, gastrica. Una simile variabilità abbiamo notato anche nei fenomeni prodotti negli esperimenti dal veleno maidico.

Ma nel decorso della malattia pellagrosa ci si presenta una serie, tutta particolare, di sintomi: notiamo intanto quel fenomeno della pigmentazione cutanea, che vedremo nell'anatomia patologica quanta importanza possa assumere. E la pelle non è solamente pigmentata, o eritematosa, o desquamata, ma essa presenta non di raro eczemi, erpeti, che pare abbiano qualche influenza sull'andamento del morbo. Vedemmo poi come siano frequenti, in alcuni paesi, le anomalie della pupilla, la dilatazione in ispecie, il che s'accorda appunto colle nostre esperienze.

E notevoli ancora sono le lesioni degli organi orinarii. Come queste funzioni si pervertissero, ben ce l'avvertiva già l'esperienza degli individui avvelenati dal maiz, che accusavano sì frequente bruciore nell'orinare, arrossamento e densità maggiore delle orine, e ce lo facevano sospettare le molte anomalie delle funzioni riproduttrici, le disurie dei pellagrosi. Ma meglio ancora ce l'apprende l'analisi dell'orine loro; il fatto del non aumentare o diminuire dell'orina, nè in volume, nè in densità sotto alcune condizioni patologiche; la neutralità e l'alcalinità delle orine di molti, e la poca acidità e densità di tutte.

La diminuzione della forza muscolare benchè, non generale, è un fenomeno che collide con quelli degli esperimentati col veleno maidico, e si riscontra anche in tanti altri avvelenamenti.

Ma fenomeni più specifici ancora, se è lecito così chiamarli, della pellagra, ci apparvero le lesioni della sensibilità, il prurito, lo scottore, la vista torbida ecc., che già vedemmo nei primi e secondi esperimentati, e finalmente le lesioni della psiche, caratterizzate in molti da uno stupore, che non è la negazione ma la sospensione delle facoltà intellettuali, e soprattutto da un ribrezzo ai contatti sociali, dalla frequenza della sitofobia ed idromania, e dall'esagerata impressionabilità morale, e qualche volta dalla presenza del delirio sistematizzato.

Della sitofobia troviamo la spiegazione in quelle pirosi, rutti, inappetenze, gastralgie, che nei nostri sperimentati si notavano sì frequenti. Della idromania, le cause son ben più complicate, come lo scottore avvertito anche dai nostri esperimentati, le allucinazioni, una passione per gli oggetti lucidi, forse causata dalla debolezza retinica: un impulso affatto cieco come negli epilettici, e soprattutto le vertigini, che facendoli cadere nell'acqua, fa credere altrui, abbiano voluto essi annegarvisi. — Tutto ciò spiega fino a un certo punto la grande frequenza degli annegamenti accidentali e dei suicidi per annegamento in Italia, nei paesi ove domina la pellagra, sicchè non pare ardita la conclusione che la statistica di queste morti possa servire in quei paesi per un termometro comparativo della diffusione e intensità della pellagra, massime ora, che, cessate le provvide disposizioni del governo austriaco, non si pos-

(1) Yakhs osservò casi di ammonioemia durati per anni interi e caratterizzati da odore ammoniacale delle orine, aridità delle faucí e della mucosa nasale. schifo delle carni, accessi di febbri intermittenti, diarrea, grande dimagramento, *coloramento oscuro* della pelle e melancolia. (Kanstatt Jahresbericht, 1865).

Digitized by Google

seggono più statistiche, annue, degli affetti da pellagra.

L'intermittenza dei sintomi si spiega fino a un certo punto coll'azione meteorologica, che già si vide agire analogamente nell'alcoolismo, e tanto più che i pellagrosi si mostrano sensibilissimi alle variazioni meteorologiche, in ispecie barometriche.

Ma importanza non lieve mi sembra abbia la la contraddizione fra i sintomi offerti dai pellagrosi; noi notammo infatti

negli uni	inappetenza	negli altri	voracità
»	sonno	»	insonnio
»	senso di scottore	»	senso di freddo
»	mutismo	»	loquacità
»	stitichezza	»	diarrea
»	idromania	»	ribr. dell'acqua
»	immobilità e rigidità catalettifor.	»	corea e eccessiva mobilità
»	midriasi	»	miosi
»	salacità	»	impotenza .
»	stupidità	»	eccitam. intell.
»	marasmo	»	nutriz. florida

Si riproduce, qui, un fenomeno già constatato nella doppia serie dei nostri esperimentati col veleno del maiz (1). La spiegazione sta in quella legge comune a tutte quasi le sostanze tossiche, che nella loro azione sull'organismo animale, inducono una serie di effetti opposti, gli uni agli altri, detti d'azione primaria e secondaria (2) così: l'aconito eccita i plessi cardiaci, d'onde nasce la contrazione dei vasi del miocardio, e la diminuzione quindi dell'attività dell'organo, rallentamento del polso, raffreddamento del corpo ecc. ma a questi sintomi succedono poi sintomi affatto opposti, e precisamente tanto più opposti, quanto più intensamente furono stimolati i nervi cardiaci. Il sangue vien cacciato poi con violenza, il cuore batte rapidamente, si ha febbre, calore intenso. (V. Reith. Edimb. Med. Iourn. 1868).

Recentemente così il Poznasky dimostrò che l'acido cianidrico, in piccola quantità, può produrre acceleramento istantaneo della circolazione; (Acad. de Médec. 1869 Ianvier).

Il Regnaud mostrò che una piccola quantità di oppio eccita le facoltà cerebrali e la circolazione cerebrale; una grande le rallenta. (Archiv. de Médec. 1869).

Così all'eccitamento muscolare, cerebrale, circolatorio, del vino, succede depressione profonda del circolo, delle forze muscolari, dell'intelligenza, coma, sopore ecc.

(1) Si veda Parte 1.ª Sezione 1.ª

(2) Si leggan le belle pagine del Ranieri-Bellini, Lezioni sperimentali di Tossicologia, 1865, p. 85, 97. Ei riconosce nelle sostanze tossiche 5 azioni: eccitante, astringente, torpente, caustica, specifica.

Così, con un esempio affatto volgare, all'azione vaso-contrattile del freddo, succede un'azione perfettamente opposta, sulla quale si basano in gran parte i trionfi dell'idroterapia.

L'avvicendamento dei sintomi diventa contraddizione quando si osservano in diversi tempi, o secondo che prevale in dati individui, per circostanze speciali, l'azione primaria o secondaria, per cui il freddo, il vino, l'aconito, ponno riguardarsi ora come deprimenti, or come eccitanti, quando non si tenga nota della vera cronologia degli effetti, dell'idiosincrasia particolare degli individui, che vi furono assoggettati, e quando si vogliano prendere ad esame, non i sintomi offerti dalla generalità, ma quelli offerti dai singoli individui.

Ed ecco dunque, come questa contraddizione stessa dei sintomi prova una volta di più, che la pellagra proviene da un veleno.

Importanti poi m'apparvero gli studii fatti sulla chimica delle orine e del sangue. Il sangue dei pellagrosi non presenta, è vero, i segni del fermento, nè del contagio; presenta solo una facilità più grande alla putrefazione, ma non è povero di fibrina, come si asseriva da molti: anzi essa vi si mostra deficiente sola nei tifi pellagrosi; - negli altri casi è pressochè normale, qualche volta anzi in eccesso, - e questo solo basterebbe, se tante altre ragioni non ci fossero, a distruggere le teorie già in voga sulla pellagra.

Ciò viene ancora più confermato dall'analisi globulimetriche, che mostrarono, qualche rara volta è vero, scarsezza, benchè non eccessiva, di globuli, ma assai più spesso iperglobulia.

L'urea poi in quelle forme dette di tifo pellagroso si troverebbe, nelle poche analisi eseguite, in copia straordinaria nel sangue, cosicchè appoggiandosi a queste analisi, e al fatto di trovar quasi sempre nefrite o adiposi renale nei tifi pellagrosi, si può sospettare essere il tifo pellagroso un'uremia. E così ben si comprende, come avessero ragione i Nardi, Verga, Rizzi e Strambio, quando asserivano, che il tifo pellagroso era ben diverso dal tifo comune e forse gli accessi epilettiformi dei pellagrosi son effetti di un'uremia cronica, non intensa. Questa complicazione poi del tifo si collega molto bene col fatto dell'irritazione renale, prodotta dal veleno maidico nei nostri esperimenti.

E qui giova ricordare per comprendere come questa lesione di funzioni possa dipendere da pervertita innervazione dei plessi renali o del vago, come alla recisione di questo, si notano subito orine acquee e sanguigne.

Certo tutta, la fenomenologia della pellagra pare accenni a una preceduta intossicazione dei nervi viscerali. Delle lesioni del plesso cardiaco ci sono prova le palpitazioni, le ipertrofie e soprattutto le atrofie, che raggiungono un grado ed una frequenza

Digitized by Google

come in nessuna altra malattia conosciuta. Da queste dipendono i facili edemi degli arti e lo scorbuto, gli enfisemi polmonari. E qui rammentai ancora le palpitazioni e facili deliquii, notati negli avvelenati dal maiz, e come il Bezold provasse rallentarsi il moto del cuore alla recisione del simpatico. Più ancora spicca quest' influenza nelle anomalie del tubo intestinale, le quali, appunto perchè dipendono da un errore di innervazione, compaiono e spaiono ad un tratto e presentano fenomeni così contradditori, come inappetenza e voracità, diarrea e stitichezza.

E così dicasi dell'utero ecc. di cui vedemmo come fossero svariati e contradditori i fenomeni (metrite e prolasso), smentiti spesso non solo dal tavolo anatomico, ma perfino dall'esame clinico. Dove poi chiara appare la lesione del simpatico è in quei casi frequenti di ineguaglianza della pupilla - soprattutto in quello importantissimo in cui alla miosi destra corrispondeva maggior arrossamento e termogenosi delle faccia pure a destra - riunendosi, qui, tutti i fenomeni che Biffi, Bernard ecc. notarono al taglio del simpatico cervicale (prevalenza delle fibre circolari dell'iride, aumento di calore ecc.). — Si noti, ora, che a questi sintomi si associava la cefalea *precisamente a destra* - Non è egli probabile che anche negli altri casi, come certo in questo, la causa della cefalea sia pur gangliare? — Come è gangliare del resto secondo molti la causa di gran parte delle emicranie. — E a queste cause non potremo ricorrere, per spiegare quelle algie di tutto il corpo e del capo in ispecie e le vertigini che accennano ad iperemia parziale del cervello e a dilatazione dei vasi capillari per paralisi gangliare? Ricordiamo la serie di algie riflesse e quella *nevrosi dentale* del cuore, in cui trisma, nevrosi cardiache, odontalgia, palpitazione cessano coll'elettrizzazione del ganglio cervicale superiore. — Procedendo più oltre non potremmmo, noi col tempo, far rientrare sotto questa causa anche le lesioni cutanee della pellagra, che, appunto quasi per indicarci quanto rapporto abbiano col sistema nervoso; sono precedute da prurito, bruciore, iperestesia? — La salivazione frequente dei pellagrosi, anche stando a rigore fisiologico, può essere messa in rapporto colla patologia del gran simpatico.

Quando io penso alla cronologia dei fenomeni, all'insistenza e primarietà dei sintomi viscerali, mi sorge dubbio che anche i sintomi in apparenza speciali della pellagra sieno di origine gangliare, e ricordo come Remak distingua una tabe *dorsuale simpatica* discendente da vizio gangliare e come il Duchenne vedendo certi casi d'atassia con miosi, con aumento laterale di vascolarizzazione e di temperatura, abbia sospettato, che v'abbiano atassie provenienti da vizio gangliare. Remak notò la retrazione della palpebra superiore dopo il taglio del gran simpatico e il restringimento della rima palpebrale nell'irritazione del simpatico del collo e vide paralisi facciali guarire e convulsioni alla faccia insorgere coll'eletrizzazione del simpatico cervicale. — Per cui egli sospettava, perfino, che oltre un'azione sulle fibre muscolari liscie, il simpatico ne abbia una sulle striate.

Forse, dunque, la ptosi delle palpebre e l'abbassamento del globo dell'occhio, che coincidono spesso coll'ineguaglianza della pupilla, sono d'origine simpatica, e d'origine simpatica, se non uremica, sono forse quelle paresi muscolari, che pur si vedono associarsi ed alternarsi colla diarrea, e migliorare in alcune stagioni e sparire poi rapidamente e ricordanci quei casi, notati pel primo da Graves e Eulenberg, di paralisi comparse improvvisamente dopo affezioni renali od intestinali. (Eulenberg und Guttman Pathologie des Sympath., 1869 — Berlin.) (Acad. des Sciences 1869, Ianvier).

La diminuzione del peso del corpo, la tendenza al marasmo, la trovammo in germe ne' nostri esperimentati: essa si nota in tutte le malattie, e più ancora in quelle da intossicazione, e spiega perchè tanto giovi nella pellagra una buona alimentazione, che sostituisce i tessuti, troppo rapidamente ridotti dal veleno.

La frequenza dell'ereditarietà finalmente, la sua tendenza a manifestarsi per via dell'atavismo, e a guastare nel germe intere popolazioni, accenna che l'affezione pellagrosa è accompagnata da profonde modificazioni degli organi, il che meglio si vedrà nell'anatomia patologica.

DUE PAROLE AL PROF. ARCOLEO

SULLO

SVILUPPO DEL GLIOMA DELLA RETINA

DEL

Dott. N. MANFREDI

Assistente alla Clinica Oculistica nella R. Università di Pavia.

Nella Gazzetta Medica Siciliana N. 8, 1869 mi avvenne di trovare un discorso del Prof. Arcoleo, intorno ad un caso di Glioma ascendente della Retina; il quale discorso nell'interesse della scienza, della verità, e della letteratura medica Italiana non posso lasciare correre inosservato, per la parte almeno che mi riguarda.

Il sig. Arcoleo dice: « È stato fortemente con» troverso in iscienza, quale sia il punto della re» tina da dove tragga origine il glioma.

Digitized by Google

» Mettendo da parte tra le opinioni quella che » già riponeva la sede del glioma nella superficie » posteriore della retina, perocchè in questo caso » si tratterebbe meglio di sarcoma della coroide, » ci fermeremo piuttosto sulle due più recenti; » delle quali l'una ritiene si sviluppi dalla mem» brana limitante anteriore (Morgagni N. 1, » p. 43, 1869), e l'altra dallo strato granulare » esterno della retina.

» Che il glioma si possa sviluppare dalla mem» brana limitante anteriore, parmi sia questa una » opinione che si dissolve in faccia alla istologica » composizione di detta membrana, e del glioma » istesso.

» La membrana limitante è anista e sfornita di » nuclei; il glioma è un neoplasma costituito da » immense agglomerazioni di nuovi individui pro» liferati. Stabiliti di base tali fatti, se ne desume » che la membrana limitante sfornita di organismi » cellulari non può dar luogo alla formazione del » glioma, il quale per isvolgersi deve ammettere » la preesistenza degli elementi cellulari. Che le » membrane aniste non siano atte alle metamor» fosi progressive, ce lo dimostra del pari la » capsula della lente cristallina, la quale sfornita » di organismi è incapace di infiammarsi; e se » per poco appaia opacata, ciò si deve alle me» tamorfosi, che han luogo nello strato epiteliale » interno, ed ai cumuli di essudati fibrinosi o » pigmentali dell' iride; che si spogli la capsula » di siffatti materiali, ed allora si vedrà traspa» rente alla luce del microscopio. La membrana » limitante può essere pari alla capsuloide, in» volta da materiali proliferati in giro; ma che » essa si infiammi, che proliferi, e dia luogo allo » svolgimento del glioma, non è ammissibile se» condo gli attuali progressi della scienza. »

Al leggere il brano riprodotto, per quanto avessi potuto meravigliarmi, non avrei trovato di che risentirmi senza la citazione particolareggiata del sunto del Morgagni, la quale chiaramente dimostra, che il sig. Arcoleo si riferisce ad un mio lavoro pubblicato in questo giornale (1868), sebbene egli non abbia creduto bene far menzione nè di me, nè del Dott. Bizzozero autore del sunto citato, il quale per soprassello controllò i risultati delle mie osservazioni, e le illustrò di chiarissime figure.

Il signor Arcoleo volendo fare una critica seria d'una opinione, parmi avrebbe dovuto consultare l'intiero lavoro di cui essa è frutto, oppure leggerne *attentamente* il sunto; in allora tra *i casi dispersi nei vari periodici* ne avrebbe trovato ancora alcuno *di qualche valore*, perchè per nulla *manchevole dei reperti anatomici ed istologici;* avrebbe inoltre risparmiato di attribuire a me errori che non mi spettano.

Nella mia nota *su un caso di glioma della retina*, stampata nella Rivista Clinica di Bologna, anno 1868, riportando i risultati del mio studio istologico ho detto che « la neoformazione si svi» lupperebbe evidentemente sulla limitante inter» na a scapito dello strato grigio e di quello delle » fibre del nervo ottico, che sempre scompaiono; » e che gli strati granulosi normali non prende» rebbero che una parte relativamente secondaria » nello sviluppo ed incremento del tumore, mal» grado l' osservazione in contrario del signor » Knapp »: - ho conchiuso dicendo « che al ve» dere la costante origine della neoplasia a ri» dosso della limitante interna, sono inclinato a » credere ch' essa non sia che il risultato della » proliferazione dei nuclei dal Kölliker descritti » alla base delle fibre radiate, nei confini di que» ste colla limitante interna. »

Si confrontino le mie conclusioni con quelle che mi attribuisce il sig. Arcoleo, e si potrà apprezzare la sua coscienza scientifica.

Che se il sig. Arcoleo dubitasse della mia, tengo a sua disposizione parte del pezzo, ed una quantità di preparati eloquentissimi, gli stessi che servirono a ritrarre le figure ond' è corredata la mia nota.

La letteratura oftalmologica del resto ha già registrato osservazioni in appoggio ai risultati del mio studio, dimostranti come varie neoformazioni abbiano origine a ridosso della limitante interna; e mi compiaccio anche a questo riguardo richiamare preparati da me osservati nel corrente anno in Heidelberg presso il Prof. Arnold ed il Prof. Iwanoff, esattamente conformi ai miei, e confermanti la mia opinione; ed infine rinviare il Sig. Arcoleo alla recente e stupenda monografia del Dott. Hirschberg (1).

Quando il sig. Arcoleo si sarà occupato seriamente nello studiare al microscopio i tessuti normali e patologici dell'occhio, si potrà compiacere nel sentimento di *aver adempiuto a suoi dovere come cultore della scienza*, e persuadere di due cose: 1.° che da un sol fatto non è permesso, come egli fa, dedurre leggi generali; 2.° che non bisogna essere troppo superficiali nell' interpretare, nè troppo leggeri nel giudicare le opinioni altrui, specialmente quando esse sono il frutto di lunga e coscienziosa osservazione.

Novembre 1869.

---

(1) Der Markschwamm der Netzhaut. Berlin 1869.

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Pletzer, Rooke, Ozanam. — *Sull'azione e sull'uso terapeutico del Bromo e sui preparativi.* — Schmidt's Iahrbücher N. 8 1868.

Il Dott. Pletzer di Brema (Deutsche Klinik. 10 1868) ha usato del *bromuro di potassio* in 25 casi di *epilessia* o di affezioni analoghe a questa ed anzitutto comunica il reperto necroscopio d'una donna, la quale da 16 anni soffriva di questa malattia ed ultimamente da 7-8 mesi prendeva il bromuro di potassio, fino ad 1 dramma mattina e sera.

Calotta ossea molto inspessita; forte aderenza della medesima colla dura madre; ripienezza grande di sangue nel seno, e grande trasudamento dell'aracnoide sulla superficie del cervello. Il cervello anemico, poco siero nei ventricoli. I corpi olivari molto duri. « *La causa peculiare della epilessia la trovò in un' esostosi grande come un nocciuolo di ciliegia situata sulla faccia interna dell' arco posteriore dell' atlante.* »

Dapprima il bromuro di potassio aveva diminuito di molto il numero degli accessi a modo, che nell'ultimo mese si erano mostrati solo all'epoca del periodo. I fenomeni cerebrali, insorti negli ultimi tempi della vita, specialmente i forti dolori al capo, avevano costretto Pletzer a sospendere il rimedio e ad agire antiflogisticamente.

Riguardo all'azione del bromuro di potassio sugli organi, Pletzer si esprime nel modo seguente:

1) L'energia dell'urto cardiaco diminuisce, la frequenza delle battute si abbassa: il numero delle pulsazioni, in più casi, si ridusse alle 50.

2) La depressione intellettuale, dopo alte dosi, che si manifesta col letargo, pesantezza di capo, perdita della memoria, e imbecillità, riescì evidente; scomparve però ben presto dietro la sospensione del rimedio o la diminuzione della dose. Se poi questo effetto accompagni esclusivamente il bromuro di potassio od anche altri sali potassici, lo decideranno ulteriori sperimenti. Pletzer non crede che i segni della depressione intellettuale abbiano qualche connessione coll'uso del bromuro di potassio. L'azione di esso si distingue essenzialmente da quella degli ipnotici e dei narcotici. Le dosi alquanto generose produssero, nella sfera motoria, più o meno di incapacità ai movimenti spontanei o disagio nell'effettuarli, cioè barcollamenti e intoppamenti nel camminare, in alcuni casi ancora debolezza muscolare nelle braccia, senza senso di vertigine, e mai disordini costanti di equilibrio. Sembra che i nervi motori del midollo spinale subiscano pel bromuro di potassio un'influenza paralizzante.

3) Pletzer vide in due casi abbassarsi la temperatura di 1-2.° c.

4) Egli non osservò mai fenomeni di gastroenterite (Husemann); spesso all'incontro leggero catarro gastrico e tendenza alla diarrea. In altri casi, malgrado le dosi di 1-2 dramme esisteva ostinata costipazione. Pletzer non osservò mai un'azione infiammatoria o corrosiva sulla mucosa della bocca e del tubo digestivo e solo 2 volte rossore della mucosa boccale e faringea.

5) In casi isolati insorge starnuto e leggero catarro delle vie aeree superiori. In parecchi infermi dietro l'uso di scrupoli 1-2 per dose si presentò dispnea leggera.

6) L'azione giovevole del bromuro di potassio è evidente contro gli stati d'eccitazione abnorme del sistema genitale.

7) In contraddizione, ad altri osservatori, Pletzer vide solo di rado aumentata la diuresi, e non in tutti i casi trovò albumina nella urina (senza corpuscoli del sangue e cilindri).

8) Per l'addietro il bromuro di potassio fu ad ogni modo troppo vantato come rimedio antidiscrasico.

9) La raccomandazione contro la difterite manca di qualunque valida prova.

10) Come rimedio contro gli spasmi e l'aumentata eccitabilità di riflessione, sembra che superi tutti gli altri mezzi, essendo che stando agli sperimenti annulla i moti riflessi.

T. Morley Rooke (Brit. med. Iourn. April 18, 1868) *trovò confermato il vantaggio del bromuro di potassio nel laringismo stridulo* in un proprio bambino di 9 mesi, il quale in seguito d'una caduta violenta era stato colpito da un attacco della predetta malattia, estremamente violento. Dopo una cura infruttuosa con altri rimedi, Rooke tentò il bromuro di potassio, dapprima ad 1 grano, in seguito a 2 grani due volte al giorno. Fin dal principio di questa cura, che fu continuata per 11 mesi, il bambino non ebbe più nessuno attacco.

Ozanam in una memoria sui *rimedi disaggreganti meccanicamente e dissolventi pei trasudati pseudomembranosi* (Iourn. de Brux. XLVI p. 141 Févr. 1868) discute eziandio sull'uso del *bromo* nelle malattie in discorso, cui egli ascrive un'azione molto giovevole, deviando dal parere di Pletzer.

Anzitutto produciamo gli sperimenti che ha praticati Ozanam sul modo di comportarsi d'un gran numero delle sostanze usate nella pratica contro gli essudati pseudomembranosi (cruposi) avendoli lasciati per lungo tempo in contatto con soluzioni dei preaccennati rimedi.

Acqua: rinnovata ogni 2-3 giorni. Dopo 24 giorni la membrana aveva la sua forma e colorito, era assai rammollita, però si poteva ancora sollevare come un solo pezzo.

Digitized by Google

Cloro: in soluzione acquosa, che era di tratto in tratto rinnovata; la membrana si divise in laminette in 5-6 ore.

Bromo: in soluzione acquosa (1, 1000): divisione moleeolare in 1 ora.

Tintura di iodio: indurimento della membrana come per cottura.

Cloruro di bromo (1,1000): divisione molecolare più forte che col bromo, però solo dopo 2-3 ore.

Cloruro di iodio (1,1000): nessuno effetto in 5 giorni.

Acido solforico puro: rapido rammollimento giallo e pellucido.

Acido fosforico idrato puro: dopo ¼ d'ora trasparenza completa senza rammollimento: dopo 36 ore lo stesso stato, tuttavia con aspetto gelatinoso. Dopo 5 giorni soluzione non completa.

Acqua ragia, pura: in vaso chiuso, soluzione completa in 1 ora; in vaso aperto la soluzione molto meno completa. La stessa allungata di 1 %: dopo un'ora la membrana era semitrasparente, gelatinosa, galleggiante sul liquido: ad 1 per 1000, gli effetti medesimi sopra una pseudomembrana molto piccola.

Acido muriatico puro: completa trasparenza in 1 minuto senza rammollimento considerevole: dopo 16 minuti, rammollimento incipiente, però con forma conservata: lo stesso allungato (1,3): dopo 1 giorno rammollimento, ma non dissoluzione. Lo stesso effetto dopo 3 giorni con una soluzione di 1 %.

Acido idro-fluorico puro: dopo 2 ore leggero indurimento senza trasparenza.

Acido citrico: in soluzione concentrata: la membrana impallidita, semitrasparente dopo 12 ore: dopo tre giorni nessun altro effetto visibile.

Succo di limoni: dopo 12 ore leggero rammollimento ai margini: dopo 36 ore nessun altro effetto. Una soluzione di 1,100 e 1,1000 non offrì risultamento veruno.

Potassa: 1,10: dopo ¼ d'ora visibile rammollimento, impallidimento e semitrasparenza della membrana: dopo 24 ore, quasi totale diffluenza.

Soda: 1,10: dopo 1 ora rammollimento visibile, trasparenza quasi completa: soluzione completa dopo 12 ore.

Ammoniaca: a 21.° dopo un ¼ d'ora rammollimento anche maggiore, che nel caso precedente, non però trasparenza di sorta.

Barite; nessun cambiamento in 12 ore.

Acqua di calce 1,10: dopo 12 ore rammollimento e produzione di frammenti; soluzione completa in 24 ore.

Clorato di potassa in soluzione satura: nessun effetto per 2 giorni; dissoluzione al 3.°-4.° giorno.

Cloruro di ferro (a 21.°): indurimento della membrana dopo 12 ore senza smembramento.

Cloruro di mercurio: conservazione completa e indurimento della membrana.

Cloruro di potassio: dissoluzione completa in 24 ore.

Cloruro di sodio in soluzione concentrata: dissoluzione completa entro 36 ore.

Bromuro di potassio 1,100: soluzione quasi completa dopo 12 ore: al fine del 2.° giorno, nessuna traccia più esistente.

Bromo e bromuro di potassio uniti: la stessa azione disgregante meccanicamente, come col solo bromo, però con maggior forza.

Cloruro e bromuro di potassio uniti in soluzione concentrata: lo stesso effetto come pel cloro, però più spiccato.

Bromuro di mercurio in soluzione concentrata: nessun effetto.

Ioduro di potassio 1,100: dopo 24 ore leggero ammollimento, del resto nessun altro effetto.

Fluoruro di potassio: rammollimento pastoso, leggero, dopo 2 dì.

Cromato di potassa 1, 10: leggero indurimento dopo 2 giorni, coloramento giallo della membrana: lo stesso a 1,100: dopo 24 ore, leggero indurimento.

Carbonato di calce in soluzione concentrata: dopo 12 ore trasparenza e rammollimento.

Bicarbonato di soda in soluzione concentrata: dissoluzione completa in 12 ore, opalescenza del liquido.

Borato di soda 1,10: nessun effetto in ore 10.

Fosfato di soda in soluzione concentrata: notevole rammollimento entro 12 ore: dopo 3 giorni completa dissoluzione.

Cianuro di potassio, soluzione concentrata: dopo 15 ore completo discioglimeuto della membrana.

Olio di fegato di merluzzo: nessun effetto in 8 giorni.

Liscivia madre della preparazione del ioduro di sodio: completa dissoluzione entro 4-5 ore.

Glicerina: dopo 24 ore rammollimento fin quasi alla diffluenza.

Glicerina bromica 1,1000: lo stesso effetto, però meno spiccato.

Cloroforme: nessun effetto speciale in 15 giorni: la membrana era ancora bianco-sporca, pieghevole e ben conservata.

Soluzione di urea (5%): completa dissoluzione in 15 ore, senza residuo di traccia della membrana.

Ammoniuro d'ossido di rame: dissoluzione in alcuni minuti. Questo rimedio, che forse è il più valido contro la malattia in discorso, si potrebbe amministrare a 2-20 goccie nell'acqua, nella giornata, quando, almeno nei fanciulli, il sapore detestabile non ne impedisca l'uso.

Dal fin qui detto, fatta astrazione dall'ammoniuro di ossido di rame, il quale occuperebbe il primo posto, dobbiamo preferire i mezzi alcalini agli acidi, come dissolventi gli essudati pseudomembranosi ed anzi in ordine ascendente: la detta liscivia madre, l'ammoniaca, la soda, il bicar-

Digitized by Google

bonato di soda, l'urea, il cloruro di potassio, la glicerina, l'acqua di calce, il carbonato di potassa, il muriato di soda, il bromuro di potassio, e per ultimo il fosfato di soda ed il clorato di potassa il quale per sì lungo tratto si ritenne pel più efficace. Se al contrario si prende in considerazione l'effetto *disaggregante meccanicamente* la serie è la seguente: cloruro di bromo, bromo e cloro, in oltre lo iodio, il cloruro di ferro, il sublimato ed il cromo.

L'esperienze pratiche confermano il vantaggio di molti fra i rimedi menzionati.

Ozanam preferisce a tutti i rimedi il *bromo*, perchè analogamente al bromuro di potassio, ha un'azione speciale sulla mucosa delle fauci, sull'ugola e sulla laringe e di più al pari del cloro, ha il potere di distruggere il contagio. Tuttavia, per la decomposizione, non dobbiamo servirci di soluzioni alcooliche, ma soltanto di soluzioni acquose 1 goccia in 25-30 grammi. Questa soluzione, da tenersi guardata dalla luce, si dà a goccie d'ora in ora, ad 1-2 grammi nella giornata in acqua zuccherata (1 goccia ogni cucchiaio di tavola).

Ozanam usò il bromo per fumigazione, specialmente nel croup, ponendo del bromuro di potassio nell'acqua bollente od ancora versando acqua bromata e facendone inspirare i vapori in modo adatto.

Con questa cura egli crede d'avere ottenuti successi favorevolissimi e d'avere impedito la diffusione di parecchie epidemie di croup.

Meyer. — *Dissertazione inaugurale sulla patologia degli ascessi cerebrali.* (Zürich 1867 Druck von Zürcher und Furrer 8, 100 S.). Schmidt's Jarbücher N. 5, 1868.

L'autore di questa preziosa dissertazione, si è assegnato il compito di sottoporre ad una dilucidazione critica la dottrina degli ascessi cerebrali, avendo riguardo ad otto nuovi casi. Oltre alle osservazioni proprie sono comprese ancora 82 altre osservazioni appartenenti a Biermer e Billroth, per conseguenza 90 in tutto.

Il capitolo primo tratta dell'*anatomia patologica*. Il punto di partenza dell'ascesso, è il rammollimento infiammatorio, al quale si aggiunge la prolificazione delle cellule, formatasi dal neuroglia. Se l'ascesso esiste da certo tempo, allora può incapsularsi per le parti circostanti, però può anche sussistere come infiltrazione purulenta. La capsula è il prodotto d'una infiammazione relativamente poco acuta nelle pareti dell'ascesso, le quali solo a poco a poco si trasformano da molle tessuto di granulazione in uno strato fibroso ricco di vasi.

L'odore fetido del pus nei $^{19}/_{90}$ dei casi sembra dipendere dalla vicinanza dell'ascesso colle ossa.

Non si può dir nulla sulla ragione per cui ora esiste l'incapsulamento, ora manca. È certo soltanto, che gli ascessi piemici, multipli, non sono mai incapsulati, mentre le altre specie si comportano diversamente. Sembra che abbia il massimo influsso l'acutezza del decorso, in quanto che durante il tempo di 4 settimane per solito non si trova veruna membrana. Il luogo dell'ascesso non sembra che abbia influenza. Dalla mancanza dell'incapsulamento però non si può concludere sulla esistenza recente dell'ascesso.

Il numero degli ascessi in generale dipende dalla loro causa determinante: se questa è circoscritta in allora esiste solo un ascesso, tuttavia questo per infezione può produrne altri secondari, il che talvolta fu osservato in seguito di otite e traumi. Il numero in genere è molto vario, come pure la grandezza.

Se si fa astrazione dagli ascessi che sono prodotti localmente, in rapporto alla loro sede, nessuna parte del cervello offre immunità.

I contorni dell'ascesso soffrono in modo vario a seconda che è incapsulato o no, e a seconda della durata. Dessi sono edematosi od offrono segni d'infiammazione recente; per solito esiste spandimento sieroso nei ventricoli, ed entro agli ascessi si trovano emorragie.

Fin'ora non fu osservata la guarigione spontanea nell'uomo, bensì una guarigione artificiale per apertura all'esterno. Al contrario spesso trovasi la rottura dell'ascesso, diffuso nei ventricoli, o la confluenza di focolai multipli, od una meningite secondaria. Anche gli incapsulati possono avere uguali conseguenze.

Le cagioni nell'accrescimento degli ascessi incapsulati sono ancora oscure, per una parte la faccia interna della capsula può produrre nuovo pus; in parte anche le chimiche alterazioni del medesimo per la loro irritazione possono eccitare il progresso della infiammazione nei luoghi circostanti.

Nel capitolo secondo sull'etiologia l'autore accenna specialmente ai traumi, all'otorrea, alle lesioni croniche della mucosa nasale e all'origine metastatica. I traumi ($^{21}/_{86}$) producono quasi sempre l'ascesso nelle parti sottostanti, di rado nelle opposte, per apoplessia capillare, in seguito di contraccolpo. Il trauma può essere soltanto di poco conto. La circostanza, che sotto uguali rapporti l'ascesso ora esista ora manchi, sembra dipendere dalla locale disposizione del tessuto. L'otorrea ($^{20}/_{86}$) agisce soltanto sulla sua forma cronica. L'ascesso dipende dall'irritazione della carie e vi corrisponde con moderata sicurezza. Dimandasi se nei casi, in cui fra esso e l'osso malato trovasi della sostanza cerebrale sana, si debba pensare ad una genesi metastatica, essendosi fin

Digitized by Google

qui osservato sempre nella corrispondente metà del cervello.

Molto più di rado che l'organo uditivo, il naso è il punto di partenza degli ascessi. Anche in questo come in quello, le ossa, i vasi od i nervi servono quai conduttori dell'infiammazione. In alcuni la causa dell'ascesso fu un'infiammazione delle ossa o delle parti molli della faccia, una volta un tumore cerebrale.

Per via metastatica agiscono di preferenza le suppurazioni dei pulmoni, ed anzi la bronchite cronica con o senza bronchiettasia ($^{12}/_{36}$) in genere però le suppurazioni croniche. Le malattie cardiache, per mezzo dell'embolismo, hanno un influsso, però assai piccolo, sull'origine degli ascessi cerebrali.

Gli ascessi idiopatici del cervello verosimilmente non si danno. L'età ed il sesso hanno importanza per l'eziologia solo per questo che dispongono alle indicate malattie dirette. Per tal modo si spiega la prevalenza degli ascessi nel sesso maschile, dalla frequenza in esso dei traumi e nell'età di 10-15 anni, in parte dalla frequenza dell'otorrea, facile in quest'età della vita.

Nel terzo capitolo sulla *sintomatologia* l'autore tratta dapprima il principio, il decorso e il termine dell'ascesso e poscia discute sui sintomi in complesso secondo le singole sezioni del sistema nervoso.

La latenza relativa dell'ascesso è frequente e dipende dalla minima pressione del medesimo sulle parti circostanti, finchè non cresca ed abbia sede nel cervello per lo più indifferente. Una latenza assoluta fu osservata solo una volta.

Il principio dell'ascesso non ha alcun sintoma caratteristico e non ne può avere, perchè il medesimo per solito si sviluppa molto adagio. Perciò tutti i fenomeni, che in genere si osservano nel decorso, si producono come sintomi iniziali.

Il sintoma iniziale più frequente è il dolor di capo ($^{2}/_{3}$) probabilmente prodotto da tumefazione congestiva del cervello e distensione delle sue membrane, per lo più continuo, e relativamente a quello dei tumori cerebrali, moderatamente intenso. Dietro ad esso viene la febbre ($^{1}/_{8}$), anche brividi di freddo, inoltre convulsioni epilettiformi ($^{1}/_{10}$). Più rare sono le paralisi, tranne la paralisi facciale prodotta dalla carie dell'osso petroso, i disordini della coscienza e della psiche, anche della loquela.

Il *decorso* dell'accesso è discretamente tipico, vale a dire che ai fenomeni infiammatori iniziali sussegue lo stadio di quiete, ed a questo l'infiammazione terminale colle sue conseguenze.

In un numero di casi ($^{1}/_{6}$) il primo stadio, interrotto tutto al più da una breve remisione, passa direttamente nel terminale e avviene la morte in 8-14 giorni; tuttavia può durare anche più a lungo. Questo è l'ascesso cerebrale acuto.

Il cronico si caratterizza per lo stadio di latenza il quale ha una durata varia all'estremo. All'incontro lo stadio terminale oscilla entro confini mediocremente ristretti ed è limitato più o meno distintamente nella metà dei casi; la morte succede nelle prime due settimane.

Ove il pus si fa strada nei ventricoli, la forma sintomatica è discretamente caratteristica; cioè fenomeni irritativi dei centri motori corrispondenti, in generale per lo più febbre ed eccitazione psichica, quindi paralisi locale od unilaterale e coma. Il delirio per lo più manca. L'effusione purulenta sulla base del cranio si può diagnosticare a mala pena.

I *singoli sintomi* dell'ascesso cerebrale, in genere, sono gli stessi dei tumori cerebrali, studiati soltanto con minore esattezza in causa del decorso peculiare del primo. Parimenti hanno minore interesse in causa di questa mancanza di particolarità e perciò qui si debbono trasandare tanto più, che saranno ricordati nella diagnosi differenziale.

Per quanto riguarda ai sintomi in rapporto alla sede rispettiva dell'ascesso, l'autore dà un breve prospetto numerico, il quale non permette un sommario. Per la dottrina dell'afasia ha grande interesse il dato, che in 12 casi di disordini della loquela, solo tre volte l'ascesso aveva sede nel lobo anteriore del cervello, all'incontro questo era totalmente suppurato, senza che esistessero disordini della loquela.

Nel quarto capitolo l'autore discute sulla *diagnosi* ed anzi prima di tutto sulla differenziale in rapporto alle lesioni cerebrali analoghe, e poscia alla località della sede.

La diagnosi differenziale, ha principalmente relazione con 5 affezioni, fatta astrazione dal tifo; dall'intermittente e dall'epilessia, alle quali l'ascesso rassomigliava in qualche caso, cioè:

1.° *coll'idrocefalo.* — In questo caso decide per l'ascesso l'esistenza di un focolaio infiammatorio vicino o lontano, inoltre le remissioni, e l'incolumità della psiche. La diagnosi è impossibile ove mancano i momenti eziologici, e l'ascesso cade sotto l'osservazione solo per breve tempo forse soltanto nello stadio terminale.

2.° *coll'embolia e coll'apoplessia.* — Anche quivi nell'ultimo stadio della perforazione nei ventricoli non è possibile alcuna distinzione dall'emorragia nei gangli cerebrali. Tutto al più l'altezza della febbre concomitante parla per l'ascesso, come pure il comparire adagio della paralisi, ed il suo esito di poca estensione, ben anche dopo convulsioni.

3.° *col rammollimento rosso* il quale già sta a base dell'accrescimento dell'ascesso. — Decidono per questo i momenti etiologici le remissioni e la febbre elevata.

4.° *col rammollimento cronico* proveniente dalla

Digitized by Google

stessa ragione. — In questo caso potranno aiutare l'età relativamente antica, la esistenza rara di malattie vascolari, il dolore di capo, la mancanza di sintomi psichici, la rarità di contratture, il decorso tipico per un ascesso, cioè per un rammollimento secondario.

5.° *con un tumore cerebrale.* — L'ascesso cerebrale cronico essenzialmente si dee considerare ancora come un tumore. Per ciò anche la distinzione ne è difficilissima. Essa si fonda sui momenti etiologici, sulla specialità del decorso e sui singoli sintomi. I primi sono descritti in iscorcio nel capitolo della etiologia, quindi non fa bisogno di ripeterli.

Per l'importanza dei sintomi isolati vale quanto segue:

Il dolore di capo nell'ascesso è minore, più uguale, dipendente dal cangiamento di posizione, meno nevralgico, e meno a lungo libero da complicanze. In esso sono molto più rari i disordini del senso, più sensibili e non combinati coi motori. Le convulsioni generali non hanno valore diagnostico, e sono del pari limitate. I disordini psichici durevoli parlano assolutamente contro l'ascesso, e piuttosto offre importanza per questo la febbre specialmente remittente.

Nel tumore manca lo stadio iniziale, le ricadute sono divise da intervalli netti, però il suo corso è essenzialmente uguale e senza il carattere tipico dell'ascesso cronico.

Riguardo alla diagnosi della sede dell'ascesso, devesi riflettere, che dove sia indifferente non dà alcun sintoma locale. I momenti etiologici hanno molto peso. Se sta a base un trauma, allora l'ascesso per regola si trova in vicinanza di quello, e lo stesso in caso di causale otite cronica. Se il naso è il punto di partenza, in allora si troverà nel lobo cerebrale medio o nella parte posteriore dell'anteriore.

A determinare la sede, fra i sintomi isolati, importantissimi sono i dolori di capo quando sono circoscritti, non che le convulsioni e le paralisi limitate.

Il dolore di capo, specialmente l'occipitale, corrisponde per l'ordinario al luogo dell'ascesso nel cervello. I disordini motori quasi senza eccezione sono incrociati. Nell'ascesso del cervelletto spesso mancano i sintomi del focolaio.

Per determinare la grandezza dell'ascesso si oppone la circostanza, che i sintomi sono tanto più numerosi, quanto più il focolaio giace vicino ai centri motori od alla sostanza grigia della superficie cerebrale.

Non è dato di decidere se esista uno solo o parecchi ascessi.

A questa discussione sull'ascesso cerebrale, l'autore fa seguire 8 storie morbose dettagliate, in 4 delle quali fu prodotto da metastasi dai pulmoni, in 1 da otorrea ed in 3 da esterne lesioni ossee.

Una indicazione della letteratura posta a profitto, forma l'ultima parte della dissertazione.

Dujardin-Beaumetz, Vigier, Tavignot. — *Sull'uso interno del fosforo.* — Schmidt's Jahrbücher N. 7, 1868.

Le tre pubblicazioni del Dottor Dujardin-Beaumetz, contenute nel Bull. de Thér 1868, si collegano ad un articolo antecedente, in cui egli raccomanda come la forma più adatta per l'uso, le capsule di gelatina colorita, ripiene di una soluzione di fosforo nel cloroforme.

La dose che si credette necessaria e fu messa in uso per ottenere un qualche successo nelle malattie, fu assai varia; così Boenekenius e Menth diedero in una sola volta 18 centigrammi, così pure Weikard il quale a poco a poco arrivò fino ai 36 (Recueil de litérature méd. étrangère par Sedillot, T. III., p. 24), dopo di che l'infermo soccombette sotto i fenomeni dell'intossicamento per fosforo. M. Solon osservò un caso, in cui avvenne la morte dietro l'uso di 0,05 grammi di fosforo sciolto nell'olio, e Löbelstein-Löbel vide morire un demente epiletico dopo la presa di 6 milligrammi di fosforo. L'autore dubita tuttavia che nell'ultimo caso, l'uso del fosforo sia stato la causa della morte, avendone egli somministrate dosi maggiori senza danno.

Dujardin-Beaumetz consiglia di cominciare anzi tutto con un milligrammo e di crescere gradatamente, finchè si presentino disordini della digestione o di altra specie. In alcuni casi ciò si potè fare fino ai 10 milligrammi senza alcun nocumento, tuttavia si deve sempre avere presente agli occhi la possibilità di un accumulamento dell'azione del fosforo. Se per un motivo qualunque si è cessato dall'uso del fosforo, anche per un giorno solo, in tal caso secondo l'autore si deve ricominciare con una piccola dose soltanto (1-2 milligrammi) e non con quella usata da ultimo. In genere viene consigliato di interrompere la cura circa dopo 2-3 settimane, per alcuni giorni, e poscia ricominciare di nuovo.

Riguardo alla questione se l'azione del fosforo sia più forte quando è sciolto o quando è finamente diviso, Dujardin-Beaumetz osserva che stando ai propri sperimenti ed a quelli di Personne fatti sui bruti, decisamente è più attivo il primo. L'intossicamento sempre comparve quando fu dato il fosforo sciolto nell'olio, mentre ciò non sempre avvenne, quando si diede il fosforo più o meno diviso e mescolato col grasso.

Devesi ancora considerare, che la *mucosa* del *retto* può assorbire i preparati di fosforo e Brera racconta un caso in cui (in un emiplegico) ac-

Digitized by Google

cadde la morte dopo l'uso di clisteri di fosforo (che contenevano in tutto 20 centigrammi).

Ora Dujardin-Beaumetz passa all'uso del fosforo solo nella *atassia di moto*, la quale siccome è noto, in moltissimi se non in tutti i casi, è prodotta, da un'alterazione dei cordoni posteriori dello spinale midollo, consistente in uno sviluppo di tessuto connettivo e distruzione della sostanza nervea. Durante questo processo scompare pure il cosiddetto *protagone*, che contiene una grande copia di fosforo; per conseguenza quivi il fosforo merita d'essere tentato.

Usato localmente, il fosforo agisce secondo Ranvier in modo del tutto speciale sulle parti circostanti. Pezzetti di fosforo messi sotto la cute o nei muscoli d'animali differenti (rane, conigli) non produssero mai fenomeni d'infiammazione nelle parti limitrofe; il che d'altronde avvenne quando si era introdotto un altro corpo straniero qualunque. Per propria esperienza Dujardin-Beaumetz conferma la giustatezza di queste osservazioni di Brera e di più aggiunge che in quasi nessuno degli animali, che erano periti per l'intossicamento non vide mai traccia alcuna di formazione di ulcere od una viva infiammazione, nella superficie dello stomaco o degli intestini. Ranvier cerca di spiegare questa mancanza d'azione irritativa del fosforo, ammettendo, che questo tolga alle cellule, colle quali viene a contatto, la capacità di ulteriormente svilupparsi e produrre nuove forme elementari, ed impedisca la formazione del tessuto connettivo interstiziale.

Amministrato all'*interno* in piccole dosi il fosforo agisce principalmente eccitando i nervi; in ispecie sui nervi motori, senza che però ne rimanga essenzialmente influenzato il circolo; in un caso Dujardin-Beaumetz osservò piuttosto il polso alquanto rallentato (solo a dose tossica, rimane la circolazione notabilmente depressa). — Sotto l'uso del fosforo anche la temperatura sembra che non si alteri di molto. Questa rimase inalterata in un uomo, che ne aveva preso un decigrammo in una sola volta. Più spiccata è la sua azione sui muscoli e sui nervi. Un coniglio che aveva ingoiato un milligrammo di fosfuro di zinco, dal quarto giorno mostrossi molto eccitato, irrequieto, iperestetico al tocco, e lanciava morsi. Parimente stando a Leroy, Delpech, Buttertz, Sorge ed altri, e pegli esperimenti praticati su lui stesso, ne viene stimolato l'eccitamento. Lo stesso si osserva negli animali; frattanto secondo Dujardin-Beaumetz questi fenomeni non sono costanti.

Per quanto ora riguarda l'azione del fosforo nella cosiddetta *atassia motoria progressiva*, questa secondo Dujardin-Beaumetz e Tavignot è puramente tonica e da paragonarsi a quella che esercita il ferro nella anemia e nella clorosi. Come in queste, col ferro viene somministrato al sangue uno dei più importanti elementi, così in quella avviene lo stesso riguardo al fosforo sì indispensabile alla sostanza nervea; perciò un'aumentata introduzione di fosforo ha la stessa importanza pei nervi come pel sangue una corrispondente introduzione di ferro. Stando ai mentovati sperimenti di Ranvier si potrebbe già supporre che la somministrazione medicamentosa del fosforo non solo preservi la sostanza nervea, minacciata dalla distruzione, ma eziandio impedisca la formazione di tessuto connettivo e la sclerosi del midollo.

Secondo Vigier farmacista a Parigi (Bull. de Thér. LXXIV., p. 268 Mars 30 1868) per uso terapeutico, più di tutti i preparati di fosforo in uso, è meglio adatto il fosfuro di zinco ($P\ Zn_3$) per la sua stabilità e perche si può perfettamente sostituire al fosforo puro.

Questo preparato grigio, cristallino, inalterabile all'aria umida, all'opposto della maggior parte degli altri fosfuri metallici, non si altera affatto tanto in polvere che in pillole; si decompone tuttavia nello stomaco sotto uno sviluppo di idrogene fosforato ($P.\ H_3$) il quale esercita sul corpo un'azione uguale al fosforo disciolto nell'olio. Questo agisce pure, solo più a rilento, come veleno, usato per clisteri: introdotto sotto la cute produce suppurazione soltanto dopo alcuni giorni (une certaine phase de la suppuration). Dato a 6 centigrammi uccise un coniglio che pesava tre chilogrammi e si rinvennero tutti i fenomeni dell'avvelenamento per fosforo: a dose più debole avviene la guarigione: per l'uomo la dose tossica arriverebbe ad 1-1,50 grammi. Secondo gli sperimenti di Vigier praticati su sè stesso e su altri, dietro l'uso di 8 milligrammi di fosfuro di zinco in pillole, solo talvolta ebbero luogo rutti leggeri, fetenti d'aglio, i quali erano più spiccati somministrando una dose alquanto più forte. Tuttavolta si poterono amministrare 4 centigrammi senza che d'altronde producessero incomodo. Dato in dose di un centigrammo nel 1.° giorno si manifestò un senso di gravezza che scomparve dopo alcune ore: nel 2.° giorno sotto egual dose, lo stesso senso con vomito successivo, senza però nausea ulteriore. Perciò si potrebbero dare senza danno 8 milligrammi di fosfuro per dose (in forma di pillole).

Tavignot (Gaz. des Hôp. 52, 1868) prescrive il fosforo in forma di linimento ed in pillole.

Il linimento è composto di 100 grammi d'olio di mandorle, 25 grammi di etere, e di 0,25 grammi di fosforo sciolto a bagno maria a 35-50°. — Tavignot lo fa prendere all'interno contemporaneamente, a goccie 10 al giorno. In seguito dà l'olio nello sciroppo (0,05 di fosforo sciolto in 125 di veicolo: 4 cucchiai da caffè al giorno) tuttavia sotto questa forma si prende assai male.

Le pillole (100) sono composte di 8 grammi d'olio di amandorle in cui furono sciolti a bagno maria

Digitized by Google

a 45°, 0, 10 di fosforo, 8,40 di butirro di cacao 18 grammi di polvere di altea e vengono coperte di gelatina: sotto certe circostanze l'autore vi aggiunge ancora 5 grammi di carbonato di ferro. Queste pillole che puzzano di aglio, secondo l'autore, si conservano per parecchi mesi. — I bambini dai 3-7 anni ne prendono 1-2 al giorno, gli adulti 4-6 (corrispondentemente 4-6 milligrammi di fosforo).

Con una dose media di 4 milligrammi di fosforo per giorno, secondo Tavignot si può senza pericolo continuare la cura per un mese.

Jaffe. — *Aforismi pratici sulla difterite.* — Wiener med. Presse N. 11, 1869.

La difteria, difterite (dieci anni fa conosciuta appena per fama in Germania) si è fatta indigena da quest' epoca in tutti i cantoni della patria nostra in guisa più o meno ferace, e perciò per tutti i pratici ha acquistato un grande interesse.

Da noi, nel nord, questa malattia è divenuta veramente endemica; si presenta piu o meno frequente in ispecie nell' autunno o nell' inverno e quasi ad ogni angina tonsillare comunica l' impronta sua propria. Il maggior numero dei casi è di natura molto semplice; dietro un violento accesso febbrile esantematico, come anche abbattimento grande delle forze, cefalea frontale, vomiturizioni e vertigini, per solito dopo 12-14 ore con cessazione quasi totale dei fenomeni febbrili si presenta l'essudato sulla mucosa delle fauci che scompare senza lasciare traccia dopo 2-3 giorni; tutto al più rimane anche per alcuni giorni una leggera difficoltà d' inghiottire. Costantemente anche in questi casi leggeri avvi tumefazione delle glandule cervicali, la quale parimenti si dilegua nel tempo indicato, colla cessazione dei fenomeni gutturali. Nei casi più intensi l' essudato si estende in alto verso la mucosa nasale od in basso verso la laringe e la trachea, le glandule cervicali si gonfiano e si difformano ed una febbre adinamica minaccia seriamente la vita degli infermi; quivi non manca mai il fetore particolare dalla bocca, che procurò alla malattia il nome di angina gangrenosa. Alle forme più lievi abbiamo osservato solo di rado succedere malattie paralitiche successive, le quali all' incontro sono molto frequenti nei casi alquanto gravi. Osservai in me stesso un' effettiva ulcerazione nel velo palatino sinistro dietro un attacco di difterite d' intensità moderata, il quale era nato decisamente per infezione; in questo la deglutizione era poco dolorosa, però il sonno fu onninamente disturbato dalla irritazione dell' ulcere prodotta dall' ugola tumefatta. La guarigione successe entro 4-5 giorni.

I casi leggeri danno sempre una buona prognosi e solo in caso di substrato linfatico-scrofoloso il male si prolunga anche per qualche tempo. Nei casi alquanto gravi la prognosi devesi fare sempre dubbia e la forte tumefazione delle glandule, il fetore intenso, e l'adinamia grande sono segni molto cattivi. La diffusione della difterite sugli organi del respiro devesi considerare come ordinariamente letale, ed abbiamo sempre veduto perire gli infermi per croup secondario o per secondaria pneumonite. Quivi merita menzione un caso di scarlattina con difterite - sempre molto pericolosa - che ebbe esito felice. Trattavasi d' un bambino d' anni tre robusto, ma scrofoloso, in cui l'esantema presentossi in modo normale, ma nel 2.° giorno di malattia l' angina, fino allora moderata, peggiorò rapidamente. Placche difterite coprivano, le fauci, tutta la volta palatina e l' ingresso posteriore delle narici: le glandule cervicali crebbero ad una grandezza colossale, il respiro e la deglutizione erano divenuti quasi impossibili ed il bambino giaceva in sopore stertoroso. Sotto l'uso di applicazioni fredde, continue, di iniezioni con soluzione di clorato di potassa nel naso e nelle fauci, come anche di vino di Tokai a cucchiai da thè, il pericolo fu allontanato ed il fanciullo ora è perfettamente sano. La cura è molto semplice: ne' casi più lievi le applicazioni fresche sul collo i gargarismi, le spennellature o le iniezioni di clorato di potassa, l' acqua di calce, in seguito con tannino; ne' casi più gravi la vescica di ghiaccio attorno al collo, il vino, le zuppe di carne; internamente sempre il clorato di potassa o nei più intensi il ferro. La tracheotomia nel croup secondario, presso di noi, diede soltanto pessimi risultati; essa per lo più contribuisce soltanto alla *eutanasia*. Devesi avere la massima cura per la purezza dell' aria della camera e per la separazione dei difterici dagli altri compagni di letto, specialmente bambini. Le cauterizzazioni locali con pietra infernale, cogli acidi minerali ecc. in questi casi sono da proscriversi affatto perchè per lo più inefficaci ed anzi dannose, ed è cosa sorprendente che grandi clinici, siccome Tousseau, Oppolzer, Lebert ed altri si addimostrino tuttora a queste favorevoli.

Per ultimo vogliamo richiamare l' attenzione ancora sul pericolo dell' interdizione del nutrimento: parecchi bambini anche a malattia del tutto terminata, mostrano la massima anzi insuperabile avversione contro qualunque cibo e per lo più muoiono improvvisamente in vero collapso: quivi è di massima necessità un' alimentazione artificiale e l' uso di vino generoso.

Tipi Fava e Garagnani

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 12. BOLOGNA 31 Dicembre 1869.

MEMORIE ORIGINALI

Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale)

MEMORIA

DEL

Dott. ERCOLE GALVAGNI

(Continuazione e fine, vedi il N. 6 e 7).

Osserv. 10.ª — *Peritonite siero-fibrinosa; guarigione.*

Lambertini Maria, abitante in Anzola, d'anni 32, contadina, robustissima e di buona derivazione. — Non ebbe mai malattie di rilievo, e maritatasi partorì felicemente quattro figli. V'è solo a notare a questo rispetto, che durante i tre primi allattamenti, i quali furono lunghissimi, sino a due anni e più, e solo interrotti dalle successive gravidanze, la mestruazione ritornò sempre al nono od al decimo mese. Rimase vedova poco prima dell'ultimo parto, avvenuto nel Dicembre 1867.

Nel *Gennaio del* 1868 fu presa da tosse secca, che le durò circa tre mesi, e nell'*Aprile* notò che il ventre veniva gonfiandosi lentamente; ella non sa indicarne la causa. Giunto il ventre ad un volume ragguardevole, prese consiglio da un medico di Bologna, il quale la giudicò affetta da idrope ascite, e le prescrisse delle polveri diuretiche. Poco tempo dopo il volume del ventre diminuiva di assai sotto copiosa diuresi, e poscia sopravvenne spontaneamente una diarrea fortissima, la quale quando più quando meno si protrasse per parecchi mesi. Intanto nell'Agosto provò per qualche tempo un dolore puntorio all'altezza delle ultime costole a destra. Il 25 *Settembre*, la prima volta che io la vidi, essa era assai dimagrata, ed aveva ancora il ventre un po' grosso; l'appetito mancava, persisteva la diarrea, ed asseriva che di quando in quando il ventre andava soggetto ad aumenti passeggieri di gonfiezza. Non feci l'esame fisico, perchè non invitato.

Ai *primi di Ottobre* 1869 l'ho riveduta perfettamente guarita, e in un aspetto di salute sì florida, da non più riconoscerla. Sono già scorsi 22 mesi dall'ultimo parto, ed essa allatta ancora il suo bambino, ma la mestruazione non è ritornata, come accadde negli altri allattamenti. Riguardo ai mesi passati, ho saputo che la diarrea persistette sino alla fine dell'anno 1868, che di tratto in tratto emetteva grandi quantità di orina, e che durante l'inverno del corrente aveva avuti profusissimi sudori notturni, affatto insoliti per essa; non mi è stato possibile di precisare l'epoca della completa scomparsa dell'ascite. Non si è mai tenuta obbligata al letto, ed anzi, oltre le cure pei figli e le faccende di casa, ha sempre eseguito ancora un qualche lavoro di campagna.

Osserv. 11.ª — *Peritonite sierosa; recidiva; guarigione.*

Guazzaloca Luigia, abitante in Anzola, d'anni 22, contadina, non maritata, di eccellente derivazione, con fratelli e sorelle robuste, è una vivace brunetta, svelta di forme, ben conformata, dedita ad ogni lavoro. — Non ebbe mai malattie gravi, e fu mestruata nel 15.° anno. Durante il primo anno la mestruazione non si presentò tutti i mesi regolarmente, ma in seguito assunse un decorso sotto ogni rispetto normale.

Nell'*Agosto* 1867, essendo mestruante, si trattenne per più di un'ora e mezza immersa nell'acqua di un macero a lavorare nella canepa, e ne dovè uscire compresa da forti dolori di ventre; tosto cessò la mestruazione, e così per tre giorni, al termine dei quali fece ritorno. Nei mesi seguenti si presentarono sempre i suoi corsi, ma accompagnati da forti dolori, e negli intervalli aveva una leggiera ma continua leucorrea. — Sul finire di Ottobre contrasse febbri, a quanto essa dice, terzane, e tali sembra fossero diagnosticate dal medico condotto, che dopo una quindicina di giorni cedettero sotto l'uso di una pozione di sapore amarissimo (chinino?), lasciando un dolore agli archi costali, alternante ora a destra ora a sinistra, non accompagnato da tosse, nonchè perdita di appetito; la guarigione avvenne nel principio di Dicembre. Ma il benessere ebbe breve durata, chè alla fine di questo mese le cominciò una malattia al naso, la quale si protrasse tutto l'inverno 1868, e guarì spontaneamente nella primavera.

Ad onta di tale malattia nel carnevale andò ad alcune feste di ballo, e sudante si espose al freddo della notte. Nell'*Aprile* si avvide di una qualche gonfiezza del ventre; alla fine di *Maggio* il gon-

Digitized by Google

fiore era notevole, ed essa accusava un dolore sordo all'ipogastro, scarsezza di orine, stitichezza, assoluta impossibilità di sudare. Alla metà di *Giugno* fu presa in cura dal mio collega ed amico Dott. Belletti, il quale, fatta diagnosi di ascite essenziale, prescrisse delle polveri diuretiche, e delle frizioni di tintura di iodio sul ventre. — Io la vidi per caso alla metà di *Luglio*, e siccome il fatto m'interessava, ne presi nota, e mi proposi di seguirne alla meglio il decorso, e naturalmente senza prender parte nella cura. La ragazza era stata sempre alzata, e spesso la vedeva passeggiare per la campagna, però senza fare fatiche. Durante la cura, l'ascite era scemata in sulle prime, poi resasi quasi stazionaria, e pare scomparisse solo verso la fine di *Ottobre*.

Nell'inverno del 1869 fu sempre indisposta, e nell'*Aprile* il ventre ritornò a gonfiarsi con grande rapidità. Ai primi di *Maggio* venne di nuovo dallo stesso medico trattata coi diuretici, poi con pillole di protoioduro di ferro, e da ultimo, il 10 *Luglio*, essendo l'ascite quasi scomparsa, fu inviata a bere acque solforose per circa un mese. — Io la incontrai al suo ritorno, e la rinvenni in buon stato; solo l'appetito era poco, forse per l'abuso delle acque, ma ritornò assai presto.

Riveduta ora, ai primi di *Ottobre*, la trovo guarita perfettamente, e forse stabilmente. È notevole in questo caso, che durante la sua lunga malattia la mestruazione si è sempre presentata ogni mese, però con qualche dolore, e seguita ora più ora meno da un certo grado di leucorrea.

La mestruazione pare che debba cessare per regola nell'ascite essenziale (1). In questa ragazza perdurò nulla ostante; ma ritengo come infinitamente probabile, che qui esistesse un'affezione catarrale dell'utero, con abrasioni della mucosa del collo e dell'orifizio esterno, nata in quell'epoca che mestruante stette a lungo immersa nell'acqua del macero, e manifestata dalla leucorrea che le sopravvenne, e dai dolori di ventre che d'allora in poi provò sempre durante la funzione mestruale; e così ben si capirebbe, come persistendo in essa ancora un qualche molimen hemorrhagicum, si producesse durante l'epoca mestruale una lieve emorragia dalle supposte abrasioni della mucosa.

Osserv. 12.ª — *Peritonite sierosa lieve; guarigione.*

Monteventi Enrica, abitante in Anzola, d'anni 13, bracciante, però non avvezza a pesanti fatiche di campagna, di buona derivazione, ben conformata, piuttosto gracile, ma di buon aspetto, non ancora mestruata. Nel passato nessuna grave malattia; solo in qualche inverno ha patito di tosse con qualche dolore al costato (non ricorda se destro o sinistro), e talvolta le si gonfiavano alcune glandule del collo, dolendole alquanto, senza che mai suppurassero, e infine risolvendosi: attualmente se ne sente una sola, grande come una noce avellana, all'angolo sinistro della mascella inferiore.

Ai primi di *Maggio* 1869, dopo essere stata per tre giorni consecutivi a tagliare delle erbe nei campi, tenendosi col corpo fortemente chino, ed essere entrata sudante e scalza nella sua abitazione assai umida, ed attraversata più volte a piedi l'acqua fredda di un vicino torrente, risentì per qualche tempo malessere generale, e un peso uggioso all'epigastro, con perdita dell'appetito e delle forze, fenomeni che durarono per oltre un mese. Nella prima metà di *Giugno* le si gonfiò il ventre in pochi giorni, e le orine si fecero scarse; il medico condotto constatò l'ascite, e prescrisse parecchi rimedi, alcuni dei quali per promuovere le orine. — Alla fine dello stesso mese fui richiesto di un parere dalla famiglia: la quantità del liquido ascitico era discreta, la fluttuazione però evidente, la circolazione collaterale nulla, nullo il dolore spontaneo ed al palpamento; il calore al tatto non mi sembrò aumentato, e l'inferma asseriva di non avere mai avuto brividi; da qualche tempo aveva diarrea, e le urine cominciavano a fluire più abbondanti. Consigliai principalmente il riposo in letto, e di fatto vi stette per alcuni giorni. Poco stante, quando l'ascite era assai diminuita, sua madre la condusse a Bologna per consultare un altro medico, il quale prescrisse l'olio di fegato di merluzzo.

Circa alla metà di *Luglio* verificai la scomparsa totale dell'ascite. — La guarigione si mantiene tuttora perfetta (17 Ottobre).

Non è dato decidere se allo sviluppo della malattia più abbiano contribuito le indicate cause reumatizzanti, o l'altra, in qualche guisa traumatica, della posizione incomoda tenuta a lungo dalla ragazza nel tagliare le erbe, al qual lavoro non era avvezza: probabilmente va assegnato un certo peso anche a questa causa.

RIASSUNTO DELLE OSSERVAZIONI.

Terminata la narrazione dei fatti, il cui numero avrei potuto accrescere ancora, se non avessi

(1) Nella osservazione 2.ª è notata appunto la mancanza della mestruazione durante la malattia. Questo accidente non fu registrato nelle osserv. 3.ª e 7.ª; ma riguardo alla prima di queste due il Prof. Federici mi ha assicurato oralmente del fatto, aggiungendo che ricomparve negli ultimi tempi di sua permanenza nello spedale; della seconda poi, da me osservata, ben mi ricordo che tale funzione cessò per intero. Il cessare di questa nella osserv. 10.ª potrebbe ascriversi all'allattamento; ma giova avvertire, ripeto, che nei preceduti lunghissimi allattamenti la mestruazione ad onta di questi ricomparve dopo non molti mesi, cosa che non successe nell'ultimo, quando l'ascite faceva il suo corso.

Digitized by Google

temuto di ingrandire di soverchio la mole di questa memoria, non mi resta che a tessere coi medesimi una descrizione della peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso. Purtroppo io non posso coronarla colla parte anatomo-patologica, non avendo avuto occasione di fare delle necroscopie. Però me ne consolo riflettendo, che questo difetto del mio lavoro in gran parte è dovuto all'esito felice, che si ebbero la più dei casi da me osservati o raccolti. D'altra parte il lettore intelligente ed istruito, ove ponga a raffronto l'imagine clinica, che vengo a porgli sott'occhio, colle nozioni che si rinvengono nei trattati di anatomia patologica, potrà di leggieri riempiere in qualche modo questa lacuna, che io lascio vuota a disegno, perchè non voglio allontanarmi dalla pura osservazione, affine di non introdurre nel soggetto qualche elemento, che per avventura non avesse diritto ad entrarvi. — Per essere poi il più possibile conforme al vero esponendo la materia, nella descrizione della malattia mi atterrò all'ordine preciso con cui si svolsero i fatti, e quindi verrò trattando principalmente della eziologia, della sintomatologia e della terapia, aggiungendovi a complemento alcune parole sulla diagnosi e sulla prognosi, e solo omettendo la parte anatomo-patologica per la ragione che ho sopra indicata.

Eziologia.

Il *sesso* nei nostri dodici infermi fu 8 volte femminile (osser. 2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 10ª, 11ª, 12ª), 4 volte maschile (1ª, 5ª, 8ª, 9ª), per cui si ha la proporzione di un terzo di uomini su due terzi di donne. Ove però questa proporzione non dovesse essere giusta, lo che solo verrà deciso da una serie assai numerosa di casi, credo lo sarebbe a discapito del sesso femminile, il quale è soggetto di lunga più alla ascite essenziale del maschile, almeno stando alla mia esperienza personale, anche antecedente allo studio di questo soggetto.

Le *età* furono dai 5 ai 32 anni, così ripartite: — 5, 6, 9, 12, 13, 22, 22, 24, 26, 31, 31, 32; e perciò può dirsi che la peritonite sierosa è appannaggio esclusivo o quasi della infanzia e della gioventù, e più di questa che di quella. Volendole dividere in ragione della pubertà, abbiamo 5 impuberi (3 femmine e 2 maschi), e 7 puberi (5 femmine e 2 maschi); donde risulta, che la malattia è più frequente nei giovani che nei fanciulli, e che avanti la pubertà avvi poca differenza fra il numero dei maschi e quello delle femmine, però sempre prevalenza in queste, rispetto alla disposizione a tale malattia; mentre dopo la pubertà essa si rende sempre più frequente nelle donne, e più rara nell'uomo.

In quasi tutti i casi è notata una buona *derivazione*. Solo in uno (osserv. 1ª) la madre morì tisica, e in un altro (7ª) pure la madre perì anasarcatica; le quali due coincidenze per la loro natura disparata non autorizzano a stabilire alcun nesso di ereditarietà.

In 7 casi si ha una *costituzione* robusta, 2 uomini (1ª, 9ª) e 5 donne (2ª, 3ª, 6ª, 10ª, 11ª); negli altri 5 costituzione gracile, 2 uomini (5ª, 8ª) e 3 donne (4ª, 7ª, 12ª); ma sì la robustezza che la gracilità non si rinvennero mai nei loro gradi estremi, dal che si può trarre, che uno stato di discreta robustezza, quale è quello della maggior parte dei nostri contadini (vedi più oltre sull'influenza del mestiere), permette lo sviluppo della malattia, sotto l'azione delle cause reumatizzanti, cui essi sono esposti in modo peculiare. Questo stato di discreta robustezza del resto si combina assai bene anche colla derivazione buona; le quali circostanze tutte, assieme riunite, debbono impartire agli organismi condizioni e disposizioni ben diverse da quelle degli altri poveri, che vivono entro le città negli infimi gradi della miseria, e furono generati da genitori malaticci, nei quali regna e fa strage la scrofola, e più tardi la tisi pulmonare.

Rispetto ai *mestieri* vediamo prevalere quelli della campagna aperta a quelli di città; di fatto si hanno 10 abitanti di campagna, 2 maschi ed 8 femmine, e 2 di città, uno dei quali (1ª) ex-militare, poi dilettante di caccia, l'altro (5ª) fruttivendolo, girovago (certamente così di città che di campagna). Riguardo all'ex-militare noto qui per incidenza, poichè questo non è proprio il caso, essendosi allontanato dalla milizia da vari anni, che il Vallin (1) osserva spesso l'ascite essenziale nei militari.

La *funzione mestruale* nelle nostre 5 donne adulte, anteriormente allo sviluppo della malattia, la troviamo indicata come scarsa in 3 casi (2ª, 3ª, 7ª); in 2 inoltre (2ª, 3ª) irregolare ed anche dolorosa; in uno (11ª) dapprima normale, poi divenuta dolorosa per una causa ben determinata; in un altro caso (10ª) non è detto nulla, ma probabilmente era normale sotto ogni rispetto. Queste anomalie della mestruazione, siccome esistevano o sino dalla sua prima comparsa (2ª, 3ª, 7ª), oppure erano cominciate in epoche abbastanza lontane dall'invasione dell'ultima malattia (11ª), e le donne godevano ancora di buona salute, così non v'ha motivo sufficiente di ammettere fra i disturbi di questa funzione e la peritonite sierosa niun prossimo rapporto, e solo, se questa coincidenza si avverasse in altri casi, un nesso remoto, meritevole di studio.

Delle *malattie anteriori* notate nell'anamnesi abbiamo a registrare alla rinfusa le seguenti, fra le quali alcuni disturbi di origine indeterminata: cardiopalmo, dispnea, tosse, il più delle volte secca, dolori ai costati, febbri intermittenti, gra-

(1) loco citato.

Digitized by Google

vidanze irregolari, tumefazione delle glandule del collo, ascessi, flemmoni, fistola all'ano, enteralgia con stitichezza, epilessia, pleurite. Non trovandosi però fra queste troppo svariate malattie e l'ascite essenziale niun costante rapporto di successione, le teniamo per la più parte come accidentali, e quindi da non meritare un posto in questa descrizione. Va eccettuata solo la pleurite (3ª, 5ª), ed in alcuni dei casi la tosse secca, la dispnea e i dolori ai costati, forse sintomi di pleuriti, perchè avendo spesso, 7 volte su 12 casi, riscontrato clinicamente il molteplice raggrupparsi di idropi irritative di sacchi sierosi (3ª, 4ª. 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª), ragion vuole che io vi scorga un nesso, sebbene ignoto.

In una delle osservazioni (2ª), contadina e robusta, scomparsa l'ascite rimase, in minor grado però, un rumore anemico ai vasi del collo, il quale forse esisteva ancora prima della malattia, attesa l'abituale pallidezza dell'inferma. Degli altri casi non posso dir nulla, non avendo trovato nelle mie carte alcuna annotazione in proposito. Il Prof. Federici, clinico a Camerino, crede, dietro sue osservazioni particolari, che l'anemia predisponga in modo singolare all'ascite essenziale.

Le *cause determinanti* in tre quarti dei casi non furono chiare; in 3 soli (1ª, 3ª, 4ª) vediamo nettamente incominciare la malattia dopo l'impressione fredda della pioggia in aperta campagna. Noi possiamo supporre, senza timore di forzare i fatti, qualche analoga impressione di freddo umido, subita sott'altra forma, anche pegli altri infermi, che non seppero indicare la causa della malattia, o non diedero notizie soddisfacenti, tanto più che la maggior parte di essi abitavano e lavoravano in campagna, e perciò erano esposti in grado massimo a tutte le cause reumatizzanti. In un caso (2ª) l'immersione delle gambe nell'acqua fredda parve la causa occasionale, il puerperio la predisponente.

Sintomatologia.

Il decorso tipico della malattia, quando non è disturbato da sfavorevoli circostanze, ed il soggetto è abbastanta buono (peritonite ad essudato quasi interamente sieroso), si compendia tutto, giusta il concetto che mi sono formato della natura del processo, in due soli periodi fra loro ben distinti, di durata non molto lunga (4ª, 12ª), che io ho chiamati, l'uno periodo essudativo, l'altro periodo di riassorbimento, coronato questo da una rapida e completa guarigione. Sovente però accade in contrarie ed avverse circostanze, che si svolgono fatti morbosi tali, che complicano ed allungano sì l'uno che l'altro dei due fondamentali periodi suindicati, da essere costretti a suddividerli amendue.

E di fatto talfiata alla supposta causa produttrice della malattia non segue immediatamente l'esplicazione clinica del periodo essudativo, ma si hanno fenomeni precursori di una durata più o meno lunga, difficilmente attribuibili allo svolgersi dell'ascite, e forse dovuti ad altro stato morboso che la precede, in alcuni casi a pleuriti (1ª, 6ª). Vero è bene, che riesce impossibile di determinare con precisione i primi istanti del periodo essudativo, non essendo dato il più delle volte osservare la malattia nei suoi primordi, ed anche, se ciò per avventura ci venisse fatto, non potendosi dimostrare coll'esame fisico la presenza di poche stille di sierosità nell'ampio cavo del peritoneo. Ove si rifletta però, che in genere i processi essudativi si compiono in un periodo di tempo abbastanza determinato, e piuttosto breve, non sarà difficile persuadersi, analizzando qualcuna delle osservazioni sopra riportate, che il tratto di tempo, talvolta assai lungo, intercorso fra l'azione della causa ed il gonfiarsi del ventre, non può essere riempito dal solo periodo essudativo, e che rimane una lacuna iniziale preparatoria, caratterizzata da un gruppo speciale di sintomi, che noi per intanto, onde non giocare di fantasia, dobbiamo lasciare nella più dei casi inesplicato.

Altre differenze capitali si hanno pel periodo di riassorbimento, quando taluna delle cause sfavorevoli interviene a renderlo incompleto, o quando fin da principio per la gravità del processo si depositò grande copia di fibrina. Allora scomparsa l'ascite rimangono grandi accumuli di fibrina, ammassi di glandule ingrossate, inspessimenti dell'epiploon e del mesentere ecc., di lunga e difficile risoluzione, sui quali prendono radice le fasi ulteriori del morbo.

In ordine a queste considerazioni stabilirò quattro periodi, entro i quali verranno raccolti tutti i fenomeni della malattia, nonchè le sue varie forme, ritenendo come fondamentali e necessari il secondo ed il terzo soltanto.

1.° *Periodo prodomale.* — Ora esiste, e può durare da uno a più mesi; ora è talmente breve, da una a due settimane, che si confonde e si immedesima col periodo seguente di essudazione. In corrispondenza a questo fatto forse si potrebbero stabilire due forme di ascite essenziale, l'una più acuta, in cui l'azione della causa reumatica è più spiccata (3ª, 4ª, 12ª), e a parità di circostanze il decorso più semplice, più rapido e più favorevole; l'altra più lenta, che è la più comune, a cause ignote, a cominciamento non bene distinto, a decorso più grave, e in questa sola esiste il periodo prodromale.

Si danno però dei casi che a tutta prima mal si prestano a questa divisione; per es. in uno (1ª), sebbene si avesse l'azione di una causa reumatica spiccata, la malattia non insorse colla rapidità che si ebbe in altre osservazioni congeneri

Digitized by Google

(3ª, 4ª, 12ª), e si avvicina piuttosto a quegli altri casi, che si svolsero lentamente sotto l'influenza di ignote cagioni; ma guardando nell'anamnesi, vi hanno circostanze, che ponno legittimare il sospetto di una leggera pleurite preceduta, che si sarebbe interamente dileguata all'epoca in cui fu esaminato l'infermo, la quale così sarebbe effetto immediato della causa reumatizzante.

In questa forma più lenta, in cui il periodo prodromale è bene accusato, l'infermo si lamenta dapprima quando di un molesto senso di peso o dolore ottuso all'epigastrio (7ª, 12ª), quando di dolori pungitivi agli archi costali sia a destra sia a sinistra (1ª, 6ª), pei quali non è ancora provato se sia sempre indispensabile la esistenza di una pleurite; in due casi (2ª, 11ª) si ebbe invece un senso di peso all'ipogastrio, ma nella prima inferma la malattia forse ebbe origine nel puerperio, e la seconda da qualche tempo, dietro una causa ben determinata, soffriva nella mestruazione. — Questi dolori si esacerbano alla pressione, ed anche nel piegare il tronco. — Contemporaneamente a questi si ha diminuzione o perdita dell'appetito, e ciò in quasi tutti i casi, malessere, flacchezza. — Più tardi il dolore spontaneo, che prima era localizzato, si difonde a gran parte o a tutto l'ambito addominale (1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 8ª), ed allora gli infermi si sogliono accorgere del gonfiarsi del ventre.

Nella forma acuta, in cui il periodo prodromale si confonde in certa guisa col periodo essudativo, non avvi sempre violenza di sintomi, come sarebbe a supporsi. In due casi infatti (4ª, 12ª) non furono accusati brividi iniziali, ma solo malessere generale; in un altro (3ª) si ebbe sin da principio uno stato febbrile ben deciso, con vomito, ma in pari tempo si veniva sviluppando una pleurite a sinistra.

Periodo essudativo. — Questo, come si è detto, il più delle volte nel suo esordire sfugge alla osservazione diretta del medico, poichè gli infermi ricorrono ad esso solo ad ascite evidente. Qualunque sia la rapidità di sua evoluzione, l'ascite può essere scarsa, moderata e copiosa. Quando è *scarsa*, ed è insorta senza gravi disturbi (4ª), di leggieri il medico può disconoscerla, non essendo evidente la fluttuazione a giacitura supina dell'infermo, e solo verificabile facendolo giacere su uno dei fianchi; e l'errore è tanto più facile, se come nell'indicata osservazione (4ª) l'andamento della malattia è rapido e favorevole. — Di consueto la copia del liquido ascitico è *discreta*, e tale la dichiaro dove la fluttuazione è evidente sì, ma non si scorgono gli indizi di un ostacolo al circolo venoso addominale. — È *copiosa* invece, quando si vede sul ventre una rete sviluppata di vene (2ª, 6ª, 8ª), od edema delle pareti addominali (2ª).

Durante lo sviluppo dell'ascite si riscontrano con grande costanza ed uniformità i fenomeni seguenti: urine scarse (fino a grammi 300) e brucianti, inferiori in copia all'acqua bevuta, un poco torbide, piuttosto colorite, con qualche sedimento; grande difficoltà od impossibilità di sudare, stitichezza, poca sete, perdita di appetito; talvolta dispnea, e ad ascite enorme (2ª) senso di soffocazione; in un caso eccezionale (5ª) si ebbe diarrea; in due casi (3ª, 5ª) nausea e vomito, in ambedue coincidendo però una pleurite sinistra; una sol volta (2ª) si ascoltò sui vasi del collo un rumore anemico, ed un rumore di soffio sistolico su tutti i punti dell'area cardiaca; spesso si ha esacerbazione e maggior diffusione dei dolori addominali preesistenti; brividi vespertini seguiti da calore (2ª, 3ª, 7ª).

L'andamento della *temperatura*, che fu studiato solo in quegli infermi, che furono accolti nelle cliniche dei Professori Concato e Federici (1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 8ª), non fu abbastanza uniforme, per poterne trarre una curva normale; d'altra parte il numero delle osservazioni non sarebbe abbastanza numeroso, da permetterci di trattare come si conviene questo punto di clinica. Qui solo mi limiterò a notare, che durante il periodo essudativo si osservò con sufficiente costanza una qualche frequenza del polso e del respiro, ed un lieve aumento vespertino di calore, che una sol volta (3ª) toccò i 39 C, mentre al mattino la temperatura fu quasi sempre normale. Come norma generale il lettore potrà consultare lo specchietto, che più innanzi gli verrà posto sott'occhi.

In due casi (2ª, 8ª) colla percussione si rilevò un tumore di milza, e in ambedue l'ascite era enorme. Di fatto nel primo (2ª) donna di anni 31, la circonferenza del ventre aveva raggiunto il massimo grado da me osservato in persona adulta, cioè centimetri 106; nel secondo (8ª), fanciullo di 6 anni, si aveva la circonferenza, enorme del pari relativamente alla tenera età, di centimetri 63, 5. Il tumore di milza, in una all'edema delle pareti del ventre (2ª), ed al grande sviluppo delle vene sottocutanee (2ª, 8ª), provano con molta probabilità, che quello non era un fenomeno accidentale, bensì collegato strettamente all'ascite, la quale per la sua copia straordinaria comprimeva il fegato, producendo ostacolo al circolo della vena porta. In ambedue queste osservazioni la durata della malattia fu lunghissima, sebbene l'esito sortisse favorevole.

Periodo di riassorbimento. — Il cominciare di questo periodo è segnato con bastante esattezza dal quasi contemporaneo svolgersi di vari fenomeni: così la temperatura non si eleva più alla sera, il polso ed il respiro riacquistano la frequenza normale, si presentano scariche alvine più o meno abbondanti di materie molli, giallo-verdastre, accompagnate da borborigmi rumorosi; le orine aumentano assai (fino grammi 2000), superando in copia la quantità di acqua bevuta, e

Digitized by Google

sono di colore pallido, limpide, o con pochissimo sedimento; si hanno sudori notturni, dapprima parziali (per es. al capo), poi generali. E si avverta che queste più abbondanti secrezioni si ottengono anche senza l'uso degli appropriati rimedi (1ª, 2ª, 5ª, 6ª, 8ª, 9ª), onde è giocoforza concludere alla spontaneità del riassorbimento dell'essudato sieroso, fatto che si parrà sempre più naturale, ove si ponga mente alla perfetta analogia, che v'è fra questa malattia e la pleurite ad essudato sieroso, la quale è provato poter guarire spontaneamente. In pari tempo l'appetito ritorna, e diminuisce la sete. Sul principio del riassorbimento i dolori spontanei, quando esistono, si rendono più miti, oppure si hanno di tratto in tratto vivi dolori intestinali, accompagnati da borborigmi, i quali precedono le scariche alvine, che si sono fatte più frequenti, più limpide, e mutarono di aspetto. Grado grado scemano la gonfiezza e la tensione del ventre, nonchè il turgore delle vene sottocutanee, e l'edema delle pareti addominali, che è raro.

Nel seguente specchietto, compilato sulla osservazione seconda, e che qui riporto come tipo, si può vedere a colpo d'occhio il modo di comportarsi di alcuni principali fenomeni della malattia, e i loro vicendevoli rapporti, tanto nel periodo essudativo quanto in quello di riassorbimento, avvertendo che gli altri casi presentarono un andamento consimile.

Osservazione 2.ª — Bianconi Maria.

Data	Temperat. matt.	Temperat. sera	Polso matt.	Polso sera	Respiro matt.	Respiro sera	Acqua bevuta	Quantità dell'orina	Colore e reazione dell'orina	Scariche	Sudori	Appetito	Circonferen. dell'addome
Ottob.							grm.						cent.
14	37,4	38,2	86	84	28	28	—	—	—	—	nulla	discr.	—
15	37,8	38,6	90	84	24	29	—	—	—	—	»	»	—
16	37,4	37,6	76	84	28	28	400	400	Arancio carico con sedimento pulverulento.	Abbondanti	»	»	—
17	37,8	38,0	80	82	28	28	500	400	Giallo rossigno, acida.	»	»	»	104
18	37,4	38,2	80	80	28	28	200	600	»	»	»	»	—
19	37,8	38,6	80	92	28	28	300	600	»	»	»	»	—
20	37,8	38,2	84	80	28	28	400	600	Arancio, senza sedimento, acida	»	»	»	—
21	37,8	38,6	72	82	28	28	450	1000	Arancio, piuttosto torbida, acida.	»	»	»	106
22	37,6	38,4	72	84	28	28	350	1400	»	»	»	»	—
23	37,4	38,0	72	72	28	25	350	1600	»	»	»	»	102
24	37,8	38,4	76	82	28	30	300	1200	»	»	»	»	—
25	37,2	38,2	82	86	28	28	400	1400	»	»	sudori al capo	buono	—
26	37,8	38,0	80	84	28	26	350	1500	»	»	»	»	—
27	37,4	37,8	72	72	28	26	300	1400	»	»	»	»	—
28	37,4	37,4	72	80	26	26	450	1700	»	»	»	»	96
29	37,0	37,4	70	74	26	28	300	1500	Giallo-pallido, con leggero sedimento fioccoso, acida.	2 scariche sempre liquide	»	»	—
30	37,4	37,4	64	76	28	26	400	1300	»	»	»	»	92
31	37,0	37,0	62	62	26	28	300	1000	»	»	»	»	90
Nov.													
1	37,2	37,2	62	64	26	24	350	1400	Arancio, limpida, acida.	»	»	»	—
2	37,4	37,2	66	60	24	24	400	1300	Ambra chiaro, lieve sedimento, acida.	»	»	»	—
3	37,4	37,0	62	62	26	24	400	1800	»	»	»	»	89
4	36,8	36,8	68	66	22	22	200	1500	Ambra, limpida, acida.	una liquida	»	»	88
5	37,4	37,0	64	64	26	26	500	1900	»	»	»	»	87
6	37,2	37,0	60	60	28	26	500	1600	»	»	»	»	85
7	37,0	37,0	62	60	28	24	500	1400	»	»	»	»	—
8	37,0	37,0	64	72	28	26	450	1500	»	»	»	»	87
9	37,6	37,2	64	64	26	24	550	1300	»	»	»	»	84
10	37,0	37,0	60	72	24	26	550	1700	»	una, solida	»	»	85
11	37,4	37,4	64	68	28	26	550	1800	»	»	»	»	82
12	37,2	37,0	60	62	24	26	600	2000	»	»	»	»	—
13	—	—	—	—	—	—	400	1500	»	»	»	»	—
14	—	—	—	—	—	—	600	1500	»	»	»	»	83
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	81

Digitized by Google

La scomparsa dell'ascite è in genere progressiva, qualora l'infermo si tenga in riposo e nel dovuto riguardo; in alcune circostanze, massime se egli si dà intempestivamente a lavori di qualche fatica (2ª, 10ª), ma anche senza di ciò, per cause ignote (8ª), si hanno oscillazioni in più e in meno, che protraggono nei casi favorevoli di qualche tempo l'istante della scomparsa totale dell'ascite, oppure questa recidiva una o più volte (2ª, 11ª). Naturalmente queste combinazioni, senza essere per sè in modo assoluto pericolose, intorbidano però non poco la prognosi, e indicano ad una essudazione ricca in fibrina.

In quel caso (2ª), in cui esisteva il rumore anemico ai vasi del collo e il soffio sistolico sull'area cardica, vidi crescere e diminuire questi fenomeni a norma del crescere e diminuire dell'ascite, e rimanere da ultimo in grado minimo dopo la scomparsa di questa.

Dalle cifre da me ottenute (ben s'intende prese approssimativamente) da queste dodici osservazioni, mi risulta la durata media di circa 75 giorni pel periodo prodromale, quando esiste, di circa 55 pel periodo essudativo, e in fine di 32 giorni per quello di riassorbimento; quest'ultimo è il più costante nella sua durata, e il più breve ancora nella maggior parte dei casi; e se vogliasi eliminare dal computo uno dei casi (8ª), in cui pel periodo di riassorbimento si ebbe la durata di circa giorni 75, che però non fu dovuta a strapazzi od altro, essendo stato l'infermo degente in clinica per tutto quel tempo, per gli altri undici si ha la cifra massima di 35 giorni, e la minima da circa 15 (4ª), e così la media si può ridurre a soli giorni 27. Più grande è la rapidità con la quale si è effettuato il riassorbimento, più il caso è semplice, e più dobbiamo attenderci, massime se i periodi antecedenti non furono di soverchio lunghi, o meglio se mancò il periodo prodromale, se non furonvi complicanze, e l'individuo era in discrete condizioni, dobbiamo attenderci, ripeto, ad un riassorbimento completo, e il che val quanto dire che l'essudato sia quasi per intero sieroso. Con ciò s'intende terminata la malattia.

Complicazioni. — Queste possono accompagnare tanto la forma leggiera della malattia, quanto le forme più gravi, quindi si ha a descriverle qui.

Sin dal principio della memoria mi sono adoperato a porre in rilievo questo fatto, che mi sembra assai interessante, che una parte cospicua di queste asciti essenziali vien complicata da analoghi processi irritativi in altre sierose, come le pleure e le vaginali, ora precedute, ora accompagnate, ora seguite da questi, talchè crederei opportuno proporre si istituisse una nuova forma morbosa, costituita in genere da un gruppo disposto variamente di infiammazioni croniche di sacchi sierosi, cui vorrei dato il nome di *orromenite cronica diffusa*, da porre accanto alla forma *acuta*, già cominciatasi a studiare fra noi.

Queste complicazioni sono assai frequenti, perchè in dodici casi forse cinque soli sono semplici (1ª, 2ª, 10ª, 11ª, 12ª), altri cinque sono complicati da pleurite (3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª), e due da idrocele (8ª, 9ª).

Rispetto alla *pleurite*, a prima giunta si sarebbe tratti a credere, che la complicazione di una o due pleuriti, in un individuo affetto da peritonite sierosa o siero-fibrinosa, dovesse comunque far variare il decorso tipico di quest'ultima malattia, sia aggravandola, sia introducendo nell'apparecchio fenomenico alcuni sintomi estranei. Ma la cosa nel fatto corre ben diversamente, e ciò anche si parrà chiaro, ove si consideri, che la pleurite ad essudato sieroso, quando insorge isolata, dà luogo a pochissimi sintomi, talchè associandosi alla peritonite poco o nulla vale a muturne la fisionomia morbosa; ed appunto il più delle volte quella passerebbe inosservata, se il medico non avesse l'abitudine di praticare sull'infermo un esame fisico completo. Infatto il presentarsi della gonfiezza ascitica nel caso nostro assorbe tosto tutta l'attenzione del medico, ed a questa di leggieri vengono aggiudicati alcuni dei sintomi della pleurite, come l'affanno di respiro, il dolore all'epigastro ed agli archi costali, il malessere, la febbre ecc., che possono esser comuni all'una ed all'altra malattia. Quindi non abbiamo ad aggiungere nulla alla nostra descrizione, e sull'andamento della pleurite in ispecie rimandiamo il lettore ai trattati di patologia speciale.

Solo giova notare in genere, che la pleurite due volte era a sinistra (3ª, 5ª), due volte a destra (6ª, 7ª), ed una volta doppia (4ª); in tutti questi casi la pleurite fu contemporanea allo sviluppo della peritonite, o le succedette di poco; fu sempre o leggiera o di grado mediocre, per cui la risoluzione si compiè bene, e forse non prolungò o di poco la durata della malattia principale. In un caso (3ª) un anno prima si ebbe un'altra pleurite sinistra dallo stesso lato; in un secondo (5ª), pure in antecedenza, una pleurite destra dal lato opposto, forse traumatica.

L'*idrocele* parrebbe dovesse pur essere una complicazione abbastanza frequente, poichè su quattro maschi si è osservato due volte (8ª, 9ª), in un fanciullo di sei anni ed in un ragazzo di tredici; nel primo era doppio, nell'altro semplice, e a destra. In ambo i casi la vaginale comunicava colla cavità del peritoneo, per cui l'idrocele dovrebbe ascriversi alla specie dei congeniti: però più sopra ho messo avanti alcune ragioni, per le quali intenderei collocarlo in quella degli idroceli acquisiti, di natura irritativa, ammettendo come venuta in seguito la comunicazione fra la vaginale e il peritoneo.

Digitized by Google

I sintomi dell' idrocele, massime i fisici, sono quali al solito, soltanto qui spicca il dolore al palpeggiamento (8ª, 9ª), ed anche il dolore spontaneo (8ª), che è più marcato che nei casi ordinari di idrocele, e ciò forse per la maggiore rapidità ed acutezza del processo essudativo. Anche l' andamento divaria assai, in quanto che negli idroceli, che decorrono senza ascite, è di una durata indefinita, e si è quasi sempre costretti a ricorrere all'operazione; dove qui il decorso è paralello a quello della peritonite, e ne segue pressochè tutte le fasi, e ne dipende, non esercitando esso d' altra parte alcuna influenza sul decorso tipico dell' ascite, la quale come malattia di un sacco sieroso di maggiore estensione attrae nella sua orbita il piccolissimo sacco della vaginale. Nei nostri due casi il decorso dell' ascite fu lunghissimo, lenta la risoluzione, ed in uno (9ª) terminatasi di certo con estese aderenze peritoneali; per cui è a credere che, mista alla sierosità ascitica, esistesse ancora una copia non indifferente di fibrina, cosa che non è permesso affermare sicuramente sull' appoggio della palpazione, che non fu fatta in tempo opportuno, e solo debbesi indurlo per analogia. In rispondenza a questo supposto stato del peritoneo abbiamo un fatto, avveratosi nelle vaginali di ambedue i nostri infermi, che per motivi di analogia abbiamo motivo di credere non accidentale, e cioè che dopo la scomparsa del liquido dell' idrocele si riscontrò al palpeggiamento, al disopra del testicolo, un corpo resistente, irregolare, tuberoso, irreducibile, prolungantesi in forma di sottile cordone in alto entro il canale inguinale, con ingrossamento del testicolo. Ora qual ipotesi migliore, che ritenerlo formato da un deposito di fibrina induritosi, riempiente il prolungamento della vaginale, e circondante anche il testicolo, da renderlo più voluminoso (9ª)?

Non è mia intenzione però di asserire, che l' idrocele debba terminare per regola nella guisa poc' anzi descritta; e posso ammettere ancora, che in altri casi abbia a risolversi senza lasciare dietro di sè depositi di fibrina, ed accompagnare una peritonite puramente sierosa, leggiera, ed a semplice decorso.

L' idrocele può forse precedere l' ascite, più spesso però l' accompagna; in ogni modo nel caso concreto non è facile determinare clinicamente quale delle due alterazioni sia stata la prima ad insorgere.

Periodo delle successioni morbose. — Finora nelle nostre descrizioni abbiamo avuto di mira precipuamente il decorso semplice della peritonite (sia isolata, sia complicantesi a pleurite od a vaginalite), il tipico, quello insomma che spetta ai casi leggieri, che finiscono in una guarigione relativamente rapida. Qui invece tenteremo di dare uno schizzo della fenomenologia, che offre la peritonite, ogni qualvolta non ha per esito la risoluzione completa, ma rimangono superstiti grandi ammassi di fibrina entro la cavità del peritoneo.

Dapprima farò notare, che anche in quest' incontro succede o presto o tardi l' assorbimento dell' essudato sieroso (6ª, 7ª, forse 10ª), ed allora al palpeggiamento si constata la esistenza nel cavo del ventre di masse, che prima non si potevano scoprire attesa la copia del liquido ascitico. Esse sono dure, ora di forma irregolare, diffuse, superficiali, più estese in larghezza che in profondità, a superficie mammellonata, a confini indecisi, occupanti ogni punto del ventre, ma a preferenza le regioni mediane, talfiata assai estese con base in basso all' ipogastro ed apice al di sopra dell' ombellico; - ora sono in forma di nodi profondi, sferici od ovoidi, a contorni decisi, situati in tutti i punti dell' addome, e spesso nelle regioni epicoliche. Nelle regioni mediane del ventre prevalgono adunque le deposizioni a forma schiacciata, nelle periferiche le nodose. In generale tanto le une che le altre sono dovute a fibrina depostasi più o meno profondamente, ma talora sono anco costituite da glandule mesenteriche ingrossate, da epiploite, da mesenterite ecc. Per differenziare fra esse queste varie condizioni morbose, lo che però ha poca importanza pratica, servono principalmente le ragioni anatomiche, e gli altri criteri, da me esposti al proposito dell' osservazione sesta.

Un fenomeno che si presenta solo di rado, e sembra appartenga esclusivameute a questa forma di peritonite, la siero-fibrinosa (1), è la *infiammazione peri-ombellicale*, fenomeno che io osservai ed annotai nel 1867, nonchè in uno dei casi di questa memoria (7ª), ma che però fu descritto ed interpretato convenientemente per primo dal Vallin in quest' anno stesso, pochi mesi prima che avessi cominciato a pubblicarla. Siccome le mie due osservazioni combinano, se non interamente, almeno nelle parti più sostanziali con quelle di questo medico, così rimandò il lettore, che volesse istruirsi per intero su ciò, alla sua interessante pubblicazione, come quella che verte

(1) Ripeto ciò che ho detto altrove, onde evitare ogni sinistra interpretazione, che credo che una certa quantità di fibrina esista in tutti i casi, anche nei più semplici, da me designati col nome di peritonite sierosa. Ho poi riserbato l' epiteto di siero-fibrinose a quelle altre peritoniti nelle quali clinicamente fu constatata la presenza di masse dure, di certo attribuibili il più delle volte a depositi di fibrina. Se il pubblico medico, nella lusinghiera supposizione che tosse per fare buon viso a questo mio lavoro, volesse addottare una sola denominazione per tutti i casi, reputo avesse a prescegliere, per maggiore esattezza anatomo-patologica, quella di peritonite siero-fibrinosa.

Digitized by Google

esclusivamente su questo soggetto di clinica, ed è corredata inoltre di fatti necroscopici, che a me mancarono affatto. Io mi limito solo ad un cenno, e così porrò in vista quei punti, in cui fra me e questo autore avvi una qualche divergenza.

L'infiammazione peri-ombellicare consiste in un rossore risipelatoso ed in un' edema all' ombellico, indolente (Vallin), talvolta caldo e dolente (Galvagni), con arrossamento ancora di un tratto di cute circostante; esso insorge talora nell' acme dell' ascite (Galvagni), talvolta quando l' ascite è scomparsa o quasi (Vallin); la durata ne è da uno a due mesi, e può terminare colla perforazione ombellicale, ma più spesso si risolve per intero. Finora i casi pubblicati da Vallin e da me ci autorizzano in genere a fare una prognosi infausta, e di fatto in quasi tutti si ebbe lo sviluppo della tubercolosi miliare.

Scomparsa l'ascite, nella peritonite siero-fibrinosa, il ventre, che pur sempre presenta una certa grossezza, dovuta di certo ai grandi depositi di fibrina ecc., va mano mano e lentamente riducendosi di volume, spesso fino al volume normale, e scemano le durezze; i dolori addominali, che non esistevano durante l'ascite od erano leggieri, ora possono ricomparire sia spontanei che al palpamento (2ª, 3ª, 5ª), fatto di cui più sopra si è tentato di dare una spiegazione, e si esacerbano ancora collo sbadiglio e collo starnuto (5ª); talvolta essi si presentano solo di tratto in tratto piuttosto vivi, accompagnati da borborigmi (5,ª 9ª), e precedono le scariche alvine, le quali possono essere scarse e rare (5ª), oppure frequenti e diarroiche (9ª, 10ª).

Anche giunta la malattia a questo punto può aversi la guarigione (5ª, forse 9ª e 10), ed allora il ventre viene assumendo sempre più la forma normale; conserva però per lungo tempo una certa durezza generale o meglio tensione delle pareti dell' addome (5°, 9ª), che pare dovuta alla presenza di gas in copia negli intestini. Intanto tutte le funzioni si regolarizzano, e l' infermo non prova che per qualche tempo una certa difficoltà a camminar ritto colla persona, talchè è costretto ad andarsene curvo (2ª. 5ª, 9ª). Il miglioramento in questi casi procede lentissimo, e può aversi anche il ritorno dell' ascite per una o due volte (2ª, 11). Questo potrebbesi appellare *esito in aderenze*, poichè sicuramente si formano aderenze fra le anse intestinali, e fra queste e le pareti dell' addome, donde disturbi, non molto gravi però, al circolo delle materie fecali, che a poco a poco vanno dileguandosi.

Alcune volte invece, quando le masse fibrinose sono abbondantissime, e perciò non si effettua il loro completo riassorbimento, accade che la malattia si rende per qualche tempo stazionaria, i dolori continuano, continua lo stato febbrile, la diarrea e l' inappetenza, l' organismo dimagrisce sempre più, vengono meno le forze, e l' aspetto della faccia, che si era mantenuto abbastanza buono durante l' ascite, si fa pallido e macilente (*tubercolizzazione dell' essudato*). Ad onta di questi fenomeni l' infermo può stare alzato, avere delle vicende di miglioramenti e peggioramenti, dei conati di guarigione, il ventre può scemare di volume, da far nascere lusinga di guarigione (7ª). — Il più spesso però si svolgono fenomeni pulmonari, come tosse, e i dati fisici di indurimento dell' apice di uno o dei due pulmoni, oppure la diarrea si fa cronica ed infrenabile, per cui dopo una lunga durata della malattia muore disfatto o dalla tisi pulmonare (come nella addotta osservazione, da me pubblicata nella Rivista Clinica 1867, pag. 70), o dalla diarrea (1ª). In altre contingenze la morte avviene assai più rapidamente per una meningite granulosa (7ª). In tutte queste circostanze è forse sempre lo stesso processo, che complica la malattia primitiva, e cioè la *tubercolosi miliare*, quando cronica, quando acuta, ora localizzata in un punto dell' organismo, ora in un altro (pulmoni, intestino, cervello); processo che minaccia sempre d' insorgere, ogni qualvolta esistono in alcune località dell' organismo dei depositi di fibrina non stati assorbiti.

La durata di quest' ultima fase è sempre lunga, da parecchi mesi ad un anno e più; riesce più breve, se si svolgono i tubercoli miliari in molta copia ed estensione, od invadono organi delicatissimi, come il cervello.

Diagnosi.

I segni, che servono per la diagnosi della ascite essenziale, sono noti abbastanza, e all' uopo reperibili in qualunque trattato di medicina pratica e di diagnostica, perchè io non mi dilunghi su questo soggetto. Accennerò solo a due fenomeni nuovi ed importanti, e cioè il tumore di milza e l' infiammazioue peri-ombellicare.

Il *tumore di milza*, come sintoma dell' ascite essenziale, a mia saputa, non è mai stato osservato da alcuno, ed anzi nei trattati di diagnostica viene dato come escludente la detta ascite, ed indicante a malattia del fegato o della vena porta, con ostacolo alla circolazione di questa vena. La conoscenza di tale possibilità ci mette in grado di evitare un errore di diagnosi, ed inoltre ha molto peso dal lato prognostico, poichè l' ascite da irritazione peritoneale ha assai minore gravezza di quella dipendente da malattie del fegato o della vena porta.

L' *infiammazione peri-ombellicare*, secondo le mie osservazioni, contrassegna la peritonite prevalentemente fibrinosa, forse la mesenterite o l'epiploite, non la tubercolosi primitiva del peritoneo, come vuole il Vallin. La tubercolosi mi-

Digitized by Google

liare del peritoneo può svolgersi più tardi, e così di fatto accade il più delle volte, ma non in modo necessario, onde è possibile ancora la guarigione.

Prognosi.

La proporzione dei casi letali colle guarigioni, stando agli esiti accertati nel momento in cui scrivo, sarebbe, su queste 12 osservazioni, quello di 2 morti (1ª, 7°) su 10 guariti (2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª), cifra assai soddisfacente per una malattia, che si riteneva pressochè inguaribile. Io mi lusingo di non essermi imbattuto in una serie eccezionale di casi favorevoli, e credo invece che la bontà degli esiti debbasi ascrivere alla maggiore semplicità e convenienza delle cure, che furono adoperate. Dietro questo noi saremo autorizzati a fare una prognosi abbastanza fausta, ogni qual volta l'individuo sia giovane, discretamente robusto, non infermo di altre malattie, ed in istato da potersi avere il necessario riguardo.

La malattia sembra più leggiera nei fanciulli che negli adulti, non avendo finora in quelli osservato alcun caso di morte. — Sulla influenza del sesso nulla può dirsi di positivo, attesa la scarsezza delle osservazioni. — Delle due forme dell'ascite essenziale più benigna mi è apparsa quella che era acuta, senza periodo prodromale (3ª, 4ª, 12ª), e quella in cui era evidente l'azione di una causa reumatica. — L'essudazione prevalentemente sierosa permette una prognosi assai migliore di quella in cui abbonda la fibrina, perchè in questa è probabile lo sviluppo della tubercolosi miliare, nel qual caso la prognosi diventa infausta. — Le complicazioni, come le pleuriti e le vaginaliti, non sembra che aggravino di molto la malattia principale.

Terapia.

Dopo lo studio attento e spassionato di questi casi mi è rimasta poca fiducia nell'azione dei rimedi in questa malattia, ed anzi direi di essere caduto di qualche guisa in uno sconfortante scetticismo terapeutico. In compenso però ho acquistato la forma persuasione, che l'ascite essenziale guarisce spontaneamente il più delle volte, e questa opinione io la reputo abbastanza nuova, comechè non espressa nei trattati e nelle memorie, che ho avuto occasione di leggere, e quindi meritevole di tutta l'attenzione dei medici. Purtroppo un tale pensiero mi è nato nella mente assai tardi, onde non potei sottoporlo nettamente al controllo della clinica osservazione. Io mi propongo perciò in avvenire di affidare alcuni dei miei infermi alla semplice aspettazione, pur che me lo permettano le esigenze della pratica, sia per rispetto agli infermi che ai colleghi. L'ammettere poi la guaribilità spontanea di una malattia, non suona lo stesso che escludere affatto ogni utilità dei rimedi, e tanto più l'intervento del medico, che io ritengo sempre benefice e necessario. Che se poi dall'un canto io mi adopero a togliere al pratico una qualche illusione, per ciò che spetta alla terapia dell'ascite essenziale, dall'altro gli porgo la confortante statistica delle guarigioni, che è stata riportata poco sopra.

Scorrendo le nostre dodici storie, scorgiamo tosto che i rimedi adoperati non furono moltissimi, e naturalmente, stando al nostro piano, di questi soli terreno parola, tacendo di quegli altri, che in mano di diversi autori parvero pure giovevoli. Chiaro apparisce ancora, che colle cure sopra descritte i curanti si proposero quando di agire comunque sul ventre (empiastri tepidi, semicupi tepidi, applicazioni fredde, frizioni mercuriali e iodali, vescicatori), quando di promuovere secrezioni, o di moderare la febbre.

Gli *empiastri* ed i *semicupi tepidi* (1ª) non produssero effetti marcati; così pure le *applicazioni fredde* (3ª).

L'uso delle *unzioni mercuriali* in un sol caso (2ª) coincise colla diminuzione e scomparsa dell'ascite; in un altro (3ª) furono fatte per pochi giorni, perchè insorse stomatite, e qui pure coincise il miglioramento; in un altro ancora (5ª) il miglioramento era già cominciato. Posto anche che la loro efficacia venisse dimostrata da nuove osservazioni, la qual cosa per me è problematica, rimarrebbe a provare se agisce il mercurio per irritazione locale, oppure per via di assorbimento.

Le *frizioni iodali* vennero praticate in cinque casi (1ª, 2ª, 6ª, 7ª, 11ª), dopo che l'ascite aveva preso a diminuire; in un sesto (8ª) non esisteva più febbre, e pochi giorni appresso si constatava una notevole diminuzione del ventre, onde era a supporsi, che il periodo essudativo, all'epoca dell'applicazione del rimedio, fosse terminato, e già cominciasse spontaneo quello di riassorbimento. Le frizioni iodali poi dovrebbero per quella irritazione della pelle, che segue il loro uso ripetuto, agire, se mai, come rivellenti. Ad ogni modo questo espediente curativo può e deve essere adoperato dal medico, perchè essendo affatto inoffensivo, ammesso anche che non giovi, ha il grande pregio di quietare gl'infermi, i quali il più delle volte esigono di essere *curati*.

Furono prescritti i *vescicatori* in tre casi (2ª, 8ª, 9ª), e sempre seguiti da marcato miglioramento, più o meno rapido. Dobbiamo credere sempre ad una fortunata coincidenza? Sarei tentato di rispondere affermativamente, e questa opinione nacque in me dietro lo studio di quel caso (2ª), in cui l'ascite si presentò per ben tre volte di seguito, scomparendo la prima volta sotto l'uso del vescicante, la seconda colle unzioni mercuriali, e la terza spontaneamente. Se mi fosse lecito di porgere al lettore una norma pratica su questo

Digitized by Google

punto di terapia, consiglierei di applicare i vescicanti solo quando l'ascite è stazionaria da molto tempo, essendo cessata la febbre. Così spesse volte si risparmierebbero al malato gl'incommodi inerenti a questa cura, la quale alla fin fine potrebbe non aver in sè altro vantaggio che di *costringerlo al letto* per alcuni giorni, circostanza però che tengo utilissima e spesso necessaria al buon andamento della malattia.

Allo scopo di promuovere secrezioni antagonistiche all'ascite si diè mano ai seguenti rimedi:

I *drastici*, il cui uso in un caso (7ª) parve seguito da miglioramento. Concesso pure che possano apportare vantaggio, debbesi bene adoperarli con grande parsimonia, perchè usati largamente, e per lungo tratto di tempo, come è d'uopo di frequente, attesa la quasi costante ostinatezza della costipazione, rovinano la funzione digestiva, togliendo così all'infermo il mezzo di riparare la scaduta nutrizione, e rendono lo stomaco intollerante ai rimedi. È assai malagevole il calcolare le funestissime conseguenze, che possono seguire l'abuso dei drastici in questa malattia, e mi penso di essere nel vero asserendo, che a ciò deve precipuamente venire ascritta la gravità delle asciti nei tempi passati (1). I leggeri purgativi il più delle volte non agirebbero; e dovremmo contentarci dell'uso di semplici clisteri.

I *diuterici*, la scilla, il nitro, il bicarbonato ed acetato di potassa, il succo di limone (secondo Frerichs), furono adoperati quando l'uno quando l'altro in quasi tutti i casi; però in due (2ª, 3ª) furono affatto inefficaci, nè valsero ad accrescere la copia delle orine; in uno anzi (2ª) dietro la loro precoce amministrazione l'ascite crebbe con prodigiosa rapidità (2), talchè si potè credere che il rimedio (scilla e nitro) avesse prodotto iperemia renale, donde aumento dell'ascite per la minorata secrezione urinaria; in cinque altri casi (4ª, 7ª, 10ª, 11ª, 12) invece furono seguiti da copiosa diuresi e da diminuzione dell'ascite. L'azione dell'ononide spinosa non potè essere apprezzata convenientemente, perchè nel solo caso (8ª), in cui fu sottoposta all'esperimento, la malattia già da sè volgeva a bene. In complesso dei diuretici può dirsi, che al principio dell'ascite, quando appunto potrebbero essere utili per dissiparla od almeno per moderarla, la loro azione è nulla, se pure non è talvolta direttamente dannosa per l'iperemia renale, che può risultarne; ed un esempio si avrebbe nella indicata osservazione (2ª), in cui delle tre asciti, che si svolsero successivamente, copiosissima fu la seconda, la quale fin da principio fu attaccata con forti dosi di scilla e nitro. Per contrario questo modo di cura apparve proficuo più tardi; ma allora o le orine si erano già avviate da sè, oppure alcuni criteri clinici mostravano terminato il periodo essudativo, ed imminente quello di riassorbimento.

Come *sudoriferi* io mi sono servito in due casi (2ª, 7ª) di mezzi esterni, perchè più efficaci, essendo in questa malattia, durante l'ascite, assai difficile in genere promuovere il sudore; in uno (2ª) addottai la pratica, assai in uso nelle nostre campagne, di porre l'infermo entro un sacco, che abbia contenuto farina; nell'altro (7ª) prescrissi invece il noto metodo diaforetico, consistente nell'ungere con olio l'intero corpo dell'ammalato, involgendolo poscia entro una coperta di lana: la sudazione fu pronta in ambo i casi, e parve utile in uno, e meno nell'altro; ma giova avvertire che nel primo (2ª) era iniziato il periodo di riassorbimento, e nel secondo (7ª) già compito, rimanendo solo i residui solidi della peritonite; l'unica volta che fu tentato il metodo diaforetico nel periodo essudativo (2ª, e precisamente al principio della seconda ascite) (1), non fu possibile ottenere la sudazione. Se l'efficacia di questa cura non è abbastanza provata, è però una di quelle che si può adoperare in via di tentativo in tutti i periodi della malattia, nella certezza che si è di non nuocere all'infermo.

Per calmare i dolori di ventre venne adoperata con qualche successo la morfina internamente (1ª) ed in via ipodermica (7ª).

Contro la febbre fu dato il solfato di chinina (3ª, 6ª), ma senza vantaggio.

Come cura consecutiva l'olio di fegato di merluzzo (1ª, 6ª, 12ª), gli amari e il ferro (2ª, 11ª).

Per l'idrocele le spalmature di collodion (8ª).

Io consegnerò qui in breve, quale risultato di questi miei studi, le norme che proporrei di seguire nella cura della peritonite siero-fibrinosa.

Nel periodo di essudazione il medico deve in primo luogo prescrivere il riposo in letto, od almeno, nei casi più leggeri, che l'infermo si astenga da qualsiasi lavoro faticoso: solo da questo si ottiene talfiata un grande alleviamento nello stato generale. — Si useranno i narcotici, ove e-

(1) « La cura dei drastici è rapida e ambita sempre dall'ammalato, che vorrebbe vuotar l'epa inturgidita nel minor tempo possibile. Ma i drastici non menano che di rado ad una guarigione permanente; spesso apportano sulle prime un refrigerio, che non tarda a commutarsi in una recidiva, nella quale l'ammalato si avvede di cadere, assai più che non prima, deteriorato. Se poi la lingua è rossa e liscia, vale a dire spoglia delle sue papille, argomento questo di pregressa diarrea o dissenteria, in luogo di una recidiva, avremo dall'uso dei drastici un danno irrimediabile con una seconda diarrea, che, ad arte provocata, non cesserà che colla vita. » — Dubini, loco citato.

(2) Vedi l'*errata-corrige*.

(1) Vedi l'*errata-corrige*.

Digitized by Google

sistano dolori, p. es. la morfina per uso interno oppure per via ipodermica, ed il freddo localmente, se inoltre vi sia aumento della temperatura del ventre. — Per combattere la stitichezza si ricorrerà ai purgativi, con parsimonia però per non guastare lo stomaco, ma principalmente a ripetuti clisteri. — I diuretici vanno adoperati con molta circospezione ed a dosi leggiere, essendo da un lato assai dubbia la loro azione in questa fase della malattia, e dall' altro possibile di produrre una iperemia renale, che avrebbe un effetto del tutto opposto, cioè la diminuzione della secrezione orinaria. — I diaforetici, massime gli esterni, possono sempre venire usati, attesa la loro innocuità, ma è probabile che ora non agiscano, perchè l' organismo in questi istanti è refrattorio il più delle volte al sudore. — Come rivellenti possono servire le frizioni iodali ed i vescicanti. Non è provato che la rivulsione giovi; però se non altro le frizioni iodali soddisfano l' infermo, ed i vescicanti inoltre hanno il pregio di costringerlo al letto per alcuni giorni.

Nel periodo di riassorbimento tutti questi mezzi indicati possono pur trovare la loro indicazione, ed anzi apparire della massima utilità. Ma è a ricordarsi, che anche senza di essi l'ascite ha una naturale tendenza a risolversi, per cui il giusto apprezzamento del valore di questi rimedi è arduo e delicatissimo. A tal uopo si esigerebbe la conoscenza perfetta del decorso sì tipico che anomalo di questa malattia abbandonata a sè stessa, cui sarebbe a raffrontarsi quello della malattia modificata dall' azione dei rimedi. Non intendendo ora di pregiudicare la soluzione del quesito, che è riserbata a studi ulteriori, sembrami probabile, che p. es. i diuretici e i diaforetici aumentino effettivamente le rispettive secrezioni, appunto perchè in questo periodo di riassorbimento avvi nell' organismo una tendenza spontanea al loro rialzo.

Lo stato generale e le complicazioni e successioni verranno curate a norma delle speciali indicazioni.

Accenno semplicemente, per non essere stati sperimentati da me, a due altri spedienti terapeutici, che possono essere di una certa utilità, cioè la *compressione dell' addome*, e la *paracentesi, senza o colla iniezione iodale.*

La prima vien fatta mediante una ventriera a molte cinghie da stringersi ulteriormente, e fu raccomandata e praticata già, senza previa paracentesi, da Godelle, Récamier, Bouillaud, Morelli, Speranza, Bricheteau, Dalmas, Fenolio e molti altri: essa deve giovare qui, come giova in qualsiasi altro processo essudativo, per favorire il riassorbimento, per moderare il dolore, e per mantenere la immobilità della parte, e può essere adoperata in ogni circostanza.

La paracentesi al contrario dovrebbe essere ristretta a quei rarissimi casi, in cui per l'enorme ascite si avesse grande disturbo di funzioni, massime del respiro, oppure quando l' ascite si mostrasse stazionaria per molto tempo e ribelle alle cure. Se ne ha rapido giovamento, e si accorcia la durata della malattia, purchè non si riproduca l'ascite. — La iniezione iodale è stata usata da pochi, e non ha ancora ottenuta la sanzione della pratica.

Giunto al termine del mio lavoro, non mi resta che a chiuderlo, raccogliendo nelle seguenti proposizioni i punti più culminanti, che vi si contengono:

1.° L' ascite essenziale od idiopatica degli autori deve essere considerata come un processo irritativo del peritoneo, ad essudazione siero-fibrinosa, analogo alla pleurite ad essudazione liquida.

2.° È da rigettarsi il nome di peritonite tubercolare, dato da molti a questa malattia, perchè la tubercolosi non vi esiste da principio, ma si svolge assai tardi, e neppure spesso, purchè l'infermo sia sottosto a conveniente metodo curativo, e solo quando restano inassorbiti entro il cavo peritoneale ammassi considerevoli di fibrina.

3.° Questa specie di peritonite si associa spesso ad analoghe affezioni di altre sierose, come le pleure e forse le vaginali dei testicoli, le quali ora la precedono, ora l' accompagnano, ora la seguono; cosicchè si è autorizzati a ritenere questo gruppo di malattie non come eccezionale o casuale, bensì come una sola malattia, avente la sua ragione in una speciale disposizione dell' organismo ad ammalare nelle membrane sierose sotto l'influsso di date cause.

4.° La causa è quasi sempre dimostrabile di indole reumatica, e come tale ci chiarisce la moltiplicità delle sedi della malattia.

5.° La peritonite siero-fibrinosa, come processo irritativo sub-acuto, ha un decorso in qualche guisa determinato e ciclico, non forse precisamente nella durata, ma nel modo di succedersi dei vari fenomeni morbosi, con tendenza alla guarigione spontanea.

6.° La guarigione piuttosto che essere la eccezione, come si è creduto fin qui, è invece la regola, e fors'anco senza l'intervento terapeutico.

7.° Fra i sintomi meritano di essere segnalati come nuovi il tumore di milza e l' infiammazione periombellicare.

Errata-Corrige

N.° 6 1869, pag. 166, colonna prima, linea 30.ª, in vece di « *nei primi di Ottobre la gonfiezza crebbe* » leggi « *nei primi di Ottobre, ad onta di forti dosi di scilla e nitro, che non aumentarono la copia delle orine, e della detta cura sudorifera, tentata di nuovo, ma indarno la gonfiezza crebbe* »

N.° 7 1869, pag. 195, colonna prima, linea 13.ª, in vece di « *indolenza* » leggi « *indolenzito* »

Digitized by Google

Effetti dell' ingestione d' un ago, comparsa ed estrazione del medesimo nell' epigastrio

STORIA E CONSIDERAZIONI

DEL

Dottor GIAMBATTISTA MASSA

DI FAENZA.

I corpi estranei, che possono penetrare entro al nostro organismo o per le aperture naturali, od aprendosi una via attraverso ai nostri integumenti, hanno dato luogo a si variati e talvolta singolari fenomeni, che quei medici cui venne fatto di osservare un tale avvenimento, si diedero premura di rendere pubbliche le proprie osservazioni: e benchè ormai si conoscano molte storie di simile natura, non è raro che qualche fenomeno singolare ne inviti a pubblicarne altre, da non riescire prive d' importanza.

Fra i molteplici corpi estranei, gli aghi, essendo di uso comune come ognuno sa, sono ancora e per la loro forma, e per l' acuta punta di cui vanno forniti, facilmente confitti nelle carni, ed ogni chirurgo ha avuta l' opportunità di estrarne specialmente dalle mani delle donne.

Alle volte essi sono inghiottiti, e si fermano e conficcano, fra gli altri luoghi, o nella retrobocca, o nell'esofago, donde possono venire estratti per la via della bocca con mezzi più o meno ingegnosi, oppure discendono o sono spinti nel ventricolo, da dove poi progredendo pel canale alimentare, vengono espulsi per l' ano colle defecazioni, senza fare provare all' individuo qualsiasi disturbo di salute, o pochi e lievi, all' infuori di un certo timore che incute in tutti l' ingestione di corpi non alimentari ed offensivi.

Se però le cose avvengono nel modo sopraddetto buon numero di volte, in altre pel contrario gli aghi penetrati tra i tessuti, si diressero in luoghi più o meno lontani, attraverso ad organi importanti e produssero mali gravissimi di lunga durata e la stessa morte; per le quali ragioni i medici legali antichi e fino al Tortosa, ponevano anche gli aghi nella classe dei veleni meccanici, alla stessa guisa dei frammenti di vetro, dello smalto e del diamante.

In simili casi gravi, oltre la difficoltà di poterli estrarre per essere profondamente collocati, si aggiunge talvolta la impossibilità della diagnosi per non essersi accorto l'ammalato della penetrazione di detti corpi nel suo interno, o per non volerlo palesare quando specialmente sono stati inghiottiti o conficcati per atto delittuoso; per cui nacquero le meraviglie di quei medici o chirurghi, che scopersero il corpo estraneo o nella marcia di un ascesso, o in qualche parte interna del nostro organismo nel praticare la sezione.

Intorno alle quali cose, oltre ai moltissimi fatti raccolti nella memoria dell' Havin (1) ed a quanto ne dicono il Monteggia, il Velpeau, il Syme e mille altri nelle loro opere chirurgiche, il Caen comunicò, il 28 Luglio 1863 all'Accademia di Medicina di Parigi, un caso di suicidio per aghi impiantati nel petto e deglutiti (2), il Soverini, nella seduta del 29 Aprile 1858 all' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, fece la relazione di una morte subitanea occasionata da un ago infitto nel pericardio (3). Nel nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, si racconta che in un bambino di due anni e mezzo, morto in causa di un aneurisma traumatico dell' arteria ascellare, all' autopsia trovossi nel cavo aneurismatico un ago da cucire, che vi era stato cacciato probabilmente qualche settimana prima, nel sollevare il fanciullo prendendolo sotto le braccia.

Ed infine per non dilungarmi di troppo sugli innumerevoli esempi di simil fatta che tutto dì accadono; il Dott. Serafino Biffi, nella seduta del 19 Agosto 1869 dell' Istituto delle Scienze e Lettere di Milano, presentò il cuore di un alienato racchiudente nel suo ventricolo sinistro un ago lungo 6 centimetri, infittosi 22 mesi prima della morte, avvenuta per cangrena alla lingua che si era morsa in un accesso di pazzia, senza avere presentato nel detto tempo sintoma alcuno riferentesi al cuore (4).

Per tutte le quali ragioni a me sembra non essere privo di interesse pratico il seguente fatto.

Certa T. V., sana, ma di gracile costituzione, moglie ad un uomo che ne sembra infermo di leggera tubercolosi, dopo dato per 16 mesi il latte ad un suo bambinello, l' affidò alla custodia di una donna, affinchè, liberandosi di questa cura, potesse attendere meglio alle faccende domestiche, ed all' educazione e bisogna di altri cinque tutti gracili figliuoli.

S' accorse la T. V. che il suo piccolo Giovanni, dopo qualche mese da che era custodito da mani mercenarie, sebbene godesse di eccellente appe-

(1) Havin. — Compendio di osservazioni sui corpi eterogenei arrestati nell' esofago e nella trachea arteria con considerazioni sui mezzi usati o che si possono usare per rincacciarli più all'interno o ritirarli. (Memoria stampata fra quelle della R. Accad. di Chir. nella Enciclopedia delle Scienze Mediche. Venezia 1842).

(2) Ebdomadario clinico 1863, N. 54.

(3) Bullettino delle scienze mediche. Aprile 1859, p. 302.

(4) Gazzetta medica italiana di Lombardia anno 1869, N. 42, in questo luogo viene pure narrato il caso di un granatiere pontificio morto nel 1819 di pneumonite; alla sezione del cadavere si trovò un ago lungo un pollice e 5 linee impiantato nel cervello da 45 anni e probabilmente nella sua infanzia con intenzione criminosa.

Digitized by Google

tito e fosse abbastanza vispo, pur tuttavia aveva dimagrito alquanto ed era divenuto di colore giallo-pallido. Non ne fece caso sulle prime, ma passato qualche tempo e prestata maggiore attenzione alla salute dell' ultimo suo portato, al deperimento mostrato, prima scoperse essersi aggiunta qualche febbricciatola alla sera, intercorrente diarrea, smania ed inquietezza, e seppe da indagini fatte, che mal sorvegliato, e forse peggio nutrito, colto da anemia, aveva preso l' abitudine di mangiare la terra raccogliendola fra le commissure del pavimento e della strada, dove veniva spesso abbandonato in balìa di se medesimo.

Venne subitamente ricondotto a casa, e tenuto con maggior cura e sorvegliato attentamente ed assiduamente, se potè in breve divezzare dalla mal presa abitudine, non trovò però miglioramento negli altri disturbi di salute; che anzi il dimagrimento aumentava, il colorito abnorme perdurava e l' intercorrente diarrea di materie liquide verdognole e la irrequietezza e le grida repentine che emetteva valsero, come son facili a credere le donnicciuole, a insinuare il sospetto di verminazione; e quindi fu somministrato il solito cucchiaio di olio comune e succo di limone; si fecero le unzioni con olio di lino, e finalmente si dette il seme santo; ma tutto invano, e fu allora solo cioè al 5 di Ottobre 1866 che venni chiamato a visitare questo piccolo ammalato.

Lo trovai con la pelle giallo-pallida, facilmente sollevabile in pieghe, con scarso pannicolo adiposo, carni floscie, calore aumentato; bene conformato lo scheletro osseo, ma gracile, muscoli pochissimo sviluppati, occhi infossati nelle orbite circondati da aureola bluastra; torace nella sua configurazione normale; respirazione un poco frequente; linea xifo-pubica prominente; uniformemente teso e rotondeggiante il ventre; nessuna macchia nè eruzione alla superficie del corpo, nè nelle cavità ispezionabili alla vista. Il torace normalmente risuonante alla percussione; all' ascoltazione qualche rantolo bronchiale disseminato facevasi sentire, eravi poca tosse umida, cardiopalmo manifestissimo, pulsazioni 110 alla radiale, lingua biancastra umida, appetito esagerato, sete normale, stomaco ingrandito sensibile alla pressione, ventre teso e timpanitico alla percussione, aveva scariche diarroiche non continuamente nè in tutti i giorni, le orine fluivano normali, era di una irrequietezza straordinaria, giorno e notte instabile nelle voglie, voleva mangiare tutto quanto gli si presentava al caso, lasciando un cibo per prenderne un altro; se in casa, chiedeva con grida di uscirne e uscito di ritornarvi, con la medesima instabilità voleva levarsi di letto, e rimettervisi, tanto che era per simile inquietezza e per l' insonnio la disperazione dei parenti.

L' esame subbiettivo era impossibile stante l'incapacità di esprimere le sensazioni.

Un tal quadro sintomatico unito alla provenienza del fanciullo, faceva temere grandemente aversi a fare con malattia profonda e grave, la tubercolosi forse: pel momento tuttavia trovando più spiccata l' anemia, prescrissi l' acqua civilina, ed insieme ingiunsi alla madre di moderare il meglio possibile la smodata voglia del cibo, e più, delle sostanze poco nutrienti e di difficile digestione: inoltre eravi urgenza di calmare l' agitazione e l' insonnio protratto e per ottemperare l' intento feci somministrare del siroppo di papavero.

L' ammalato migliorava alquanto per qualche giorno, poi peggiorava di nuovo, dopo 15 giorni tuttavia all' infuori dell' anemia e della magrezza, tutti gli altri sintomi si erano modificati grandemente; la diarrea era cessata, continuava la poca tosse che venne meno più tardi; scorse altre due settimane, nel qual tempo vidi solo di rado l'ammalato, perchè già in istato di salute abbastanza lodevole, una mattina che era in letto, nell'ispezionare e tasteggiare il ventre e l' epigastrio, scorgo nel mezzo di questo, sulla linea mediana, posto trasversalmente sotto la cute, un corpo resistente sottile e lungo 3 centimetri circa, che a me sembrò potesse essere un ago, ed immediatamente fissatane un' estremità, col bistorino pratico una piccola apertura ed estraggo con tutta facilità realmente un ago da cucire, di media grossezza, della lunghezza detta: mancante della cruna, e coperto di uno strato uniforme sottile e nerastro, all' infuori della punta che per un tratto di un millimetro poco più conservava la normale brunitura.

Lasciato l' ammalato colla speranza che quel corpo pungente fosse stato la causa del suo lungo soffrire; trovai difatto che in poco di tempo, senza cura alcuna, cessarono affatto tutti i sintomi superstiti, ed il bambino si riebbe pienamente in salute a modo, che sino ad oggi, sebbene sieno scorsi 3 anni, non si è più per un sol giorno smentita.

Ora le eventualità occorse in questo caso a me sembra diano luogo alle seguenti dimande:

1.° Da qual parte ed in qual modo ha potuto introdursi quell' ago nel corpo del bambino e venirsi a presentare sotto la cute dell' epigastrio?

2.° Da quanto tempo esisteva l' ago in quel piccolo organismo?

3.° Può quell' ago avere dato luogo ai disturbi di salute presentati dall' ammalato e superiormente descritti?

4.° Se quest' ultima supposizione è vera, potevasene fare la diagnosi prima che quel corpo fosse rinvenuto ed estratto?

Quegli osservatori che hanno avuto opportunità di studiare i fenomeni presentati dagli aghi introdotti nel nostro corpo, hanno descritto pure istorie di emigrazioni avvenute per simili corpi

Digitized by Google

attraverso ai tessuti, e sortiti o trovati in parti di molto lontane da quelle per cui erano penetrati (1), e talvolta eziandio, senza avere presentato sintoma alcuno in questo loro passaggio; ond' è che può essere accaduto nel nostro caso che quell' ago siasi trovato o fra i vestiti del fanciullo, o nel suo letto caduto per accidente, o sulla sedia posto inavvertitamente od anche nel reggerlo sulle braccia, nell' accostarlo e stringerlo al seno per benevolenza, come suolsi, qualche donna abbia potuto dal proprio corsaletto o imbusto, ove per solito vi tengono aghi, introdurlo fra le carni del bambino, e così in qualche guisa forata la cute, essersi introdotto nel tessuto cellulare e poi emigrato sino al luogo donde si estrasse, se già non penetrò a dirittura nel luogo medesimo. E può essere ciò avvenuto senza che alcuno se ne accorga (2) o perchè la sensazione prodotta non fu molto viva, o non espressa con segni manifesti di dolore, o perchè forse le grida del bambino furono male interpretate.

Sebbene queste ed altre circostanze consimili possano rendere abbastanza spiegabile il modo ed il luogo in cui quell' ago si introdusse nel bambino; cionostante se si considera che l' ammalato ebbe per lungo tempo la mala abitudine di mangiare la terra, non è chi non veda essere più facile che con questa abbia potuto raccogliere anche un ago, ed introdotto nella bocca inghiottirlo, e tanto più ciò si avvalora quando si sappia che le nostre donne usano gettare a terra gli aghi, quando avviene che si spuntino, o sieno scrunati, e troncato per l' appunto era l' ago che trovossi all' epigastrio del nostro malato.

Non vi ha poi chi ignori i fanciulli di tenera età prendere colle mani qualunque oggetto loro si presenti, massime se lucente, e con certa avidità portanlo alla bocca, specialmente nel periodo della evoluzione dei denti. Non ha guari vidi io una bambina di 15 mesi tenersi appunto un ago stretto tra le gengive in corrispondenza dei canini, e che masticava a guisa di un resistente pezzetto di alimento, forse pel sollievo che provava colla pressione su quei punti, ove i canini facevano sentire qualche noia nello svilupparsi.

Per tutto ciò sembrami probabilissima cosa che l' ago in discorso venisse per questa guisa raccolto, portato alla bocca ed inghiottito, e che passato nello stomaco, venisse poi alla fine, dopo avere forato le pareti di quel viscere e collocatosi sotto la cute, a manifestarsi all' esterno.

A vero dire quell' ammettere così alla breve che un ago fornito di punta possa essere dalla bocca passato per le fauci, l' esofago ed entrato nello stomaco senza infiggersi in alcuna di queste parti e là soffermarsi, sembrerebbe cosa non così facile ad accadere, se moltissimi fatti e buon numero di esperienze ancora non lo addimostrassero.

Nella memoria citata dall' Havin (1) fra gli altri trovasi il fatto narrato da Pinet, di una ragazzina di 10 anni, che espulse nello spazio di 12 o 15 giorni per la via delle egestioni alvine più di 50 aghi di varia lunghezza, da lei inghiottiti 5 o 6 anni prima. La ragazza risentì solo in questo tempo alcuni dolori interrotti nello stomaco e nel ventre; sofferse molto più allorchè espulse gli aghi, perchè le cagionarono violentissimi pondi, e la loro uscita era anche accompagnata da qualche goccia di sangue; però appena furono cacciati fuori cessò ogni accidente.

M. Jacquemin ha curato un condannato che aveva inghiottito 80 spille, delle quali ne evacuò 70 in mezzo a patate somministrate appositamente per involgerle, e spinte verso l' alvo mediante forte dose di ricino (2).

Il prof. Giovanni Zoia di Pavia in 17 esperienze eseguite su 5 cani e 5 gatti lattanti, somministrò loro ora 1, ora 2, 3, 5 e fino 43 per volta tra aghi e spilli, interi e spezzati, in tutto 129 dei quali 115 a punta acuta, 14 a punta smussata, di lunghezza tra i 5 e 35 millimetri. Tutti gli aghi e spille furono deglutati dagli animali, parte colla punta volta verso la faringe, parte in direzione contraria, e ciononostante nemmeno uno s' impuntò per via in qualche parte del canale alimentare, nè apportò negli animali lesioni organiche nè alterazioni funzionali valutabili. Gli aghi furono evacuati più sollecitamente delle spille e tutti (negli animali che si poterono tenere in vita) in un tempo variabile fra le 4 e le 140 ore; più sollecitamente quelli la di cui punta era rivolta verso la faringe (3). Dunque se gli aghi deglutiti possono uscire per l' ano senza insinuarsi nelle parti più o meno ristrette ed angolose che trovano lungo la via, a più forte ragione potranno con certa facilità fare il primo tratto di questa via, che è eziandio in gran parte il più diritto per giungere soltanto sino allo stomaco.

---

(1) Havin. Mem. citata. — Monteggia. Istituzioni chirurgiche. Milano 1841, vol. 2, pag. 278. — Roncati. La diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso. Bologna 1865, pag. 479.

(2) Nella Gazzette des Hôpitaux 1866, N. 113, raccontasi di un frammento di spillo impiantato in un ginocchio di un giovane di 12 anni assai intelligente, senza che se ne fosse accorto, se non se da un dolore improvviso sentito pochi giorni prima della estrazione.

(1) Enciclopedia delle scienze mediche 7.ª divisione - Memorie della R. Accad. di chirurgia. Venezia 1842. Vol. 1.° pag. 280.

(2) Gazzette des Hopitaux n. 150 an. 1866.

(3) Gazzetta medica italiana di Lombardia pag. 329 an. 1867 e pag. 49 an. 1868.

Digitized by Google

E ad ulteriore conferma che quell'ago sia stato introdotto per la bocca, verrebbe ancora la considerazione della ossidazione avvenuta su di esso; giacchè il lodato prof. Zoia ha pure espresso nella 6.ª conclusione sulle sue esperienze che « gli aghi transitando pel canale alimentare perdono costantemente la loro lucentezza e diventano oscuri come affumicati: anche la loro punta (continua il Zoia) riesce ad ottundersi alquanto, conservando pur nondimeno un'acutezza più che sufficiente per conficcarsi nelle membrane. » Senonchè il Vigenaud nel narrare il fatto poco addietro citato nel N.° 113 anno 1866 della Gazzetta des Hôpitaux dice che il pezzo di spillo era del colore nero particolare ai corpi metallici, che hanno soggiornato nei tessuti.

Ritenendo adunque che quell'ago sia stato deglutito dal bambino, raccogliendolo dal suolo al tempo che aveva l'abitudine di mangiar la terra, e nel quale era male sorvegliato come ho detto in addietro, riesce chiara la risposta al secondo quesito, sul tempo scorso dall'introduzione dell'ago, al giorno che fu estratto, solo che essendo stato alquanto lungo il periodo in cui può essere avvenuto l'accidente, non può che dirsi approssimativamente avere quell'ago soggiornato nel corpo del bambino per un tempo non eccedente i 4 o 5 mesi, e non minore di circa 2 mesi: nè questo tempo può sembrare lungo od inverosimile ad alcuno, se esistono fatti di permanenza per molti anni di oggetti simili nel tubo gastro enterico, come dimostra fra gli altri l'esempio di Pinet citato poc'anzi.

Ond'è che passerò alla dilucidazione del terzo e più importante ed insieme difficile quesito, se cioè quell'ago può avere dato luogo ai disturbi di salute osservati nell'individuo in esame.

Studiando attentamente il fatto narrato si scorge, che dapprima il fanciullo fu colto da anemia e dimagrimento, in seguito si aggiunse qualche febbricciattola passeggiera, smania, irrequietezza, insonnio, appetito vorace, diarrea intercorrente, più tardi alquanto di tosse, in fine cessò quasi del tutto ognuno di questi sintomi all'infuori della tosse che scomparve più tardi, e solo perdurarono i sintomi inerenti all'anemia unitamente al dimagrimento, i quali ultimi soltanto dopo estratto l'ago finirono anch'essi in breve tempo senza cura alcuna.

Se si considera che la trascuranza usata dalla donna alla quale fu affidato il bambino si estese anche al cattivo nutrimento, che oltre a ciò in questo tempo deve avere coincisa l'epoca della dentizione; niuna meraviglia che il bambino abbia potuto per queste cause riunite divenire anemico. Una volta sviluppato questo stato malatticcio, ha perdurato sempre ed è stato l'ultimo a svanire assieme al dimagrimento, che fu prodotto probabilmente dalle stesse cause. E le sofferenze che si aggiunsero poi con facilità accrebbero l'una e l'altra condizione morbosa.

Avvenuta la deglutizione dell'ago e giunto questo nello stomaco avrebbe cominciato a punzecchiare la mucosa di questo viscere, e con questo dato luogo forse di subito a quelle poche febbri osservate dai parenti, ed insieme cominciamento alla smania, irrequietezza, a quelle grida di dolore, a quel non trovar pace nè in alcun luogo, nè da qualsiasi cosa contentezza, e per conseguenza di tutto ciò, all'insonnio.

Le quali punture dovevano essere quasi continue se dai movimenti da lui fatti, o impressi da altri, dal moto proprio dello stomaco nel compiersi le digestioni, e forse dalle stesse inspirazioni ed espirazioni venivano provocati (1); e che gli aghi penetrati nel tubo digerente, e certamente col pungere i tessuti producano dei dolori, oltre i molti fatti sparsi fra i libri medici, lo prova pure il caso di Pinet avanti narrato.

L'appetito di molto aumentato che presentava il fanciullo alla stessa guisa che si presenta in certi casi di elmintiasi (2) doveva dipendere da più sollecito vuotamento dello stomaco, prodotto dalla presenza dell'ago; e se non credo, in base a quanto ha lo Schiff dimostrato con moltissime ed accurate esperienze sugli animali (3), che quell'ago colla irritazione prodotta abbia potuto da solo aumentare la secrezione della pepsina, e rendere più pronte le digestioni ed in conseguenza più spesso sentito il bisogno della fame pel sollecito accumulo della pepsina stessa senza che per ciò fare sieno intervenute sostanze peptogene; crederei però che l'ago, producendo colla sua presenza e punzecchiamento un eccitamento al ventricolo capace di fare compiere più spesso il moto peristaltico, abbia contribuito in questo modo ad eliminare dallo stomaco i cibi sollecitamente e non ancora bene digeriti. Ed in ciò mi conferma e mi viene nello stesso tempo a spiegare l'esistenza dell'altro sintoma, la diarrea, la quale credo succedesse appunto perchè cibi mal digeriti, venivano spinti negl'intestini a provocarla.

Che se si volesse piuttosto attribuire la detta diarrea ad un catarro intestinale concomittante, ed avvenuto nella stessa guisa e per le stesse cause della tosse, come dirò or ora, risponderei che il carattere stesso di ricorrenza presentato in questo sintomo dall'ammalato, starebbe per escludere il catarro intestinale, e consuonerebbe precisa-

---

(1) Per questa condizione forse la punta è rimasta lucida, per una specie di pulimento continuo subito, che impediva la ossidazione che tendeva a farsi.

(2) Franch Giuseppe e Grisolle - Trattati di medicina pratica.

(3) Schiff - Leçons sur la phisiologie de la digestion.

Digitized by Google

mente invece colla causa accennata di irregolari periodiche indigestioni.

Viene in ultimo il lieve catarro bronchiale, la probabile causa del quale può facilmente trovarsi in una infreddatura presa e mantenuta, dal doversi in quelle notti agitate, dal letto a forza condurlo fuori di casa per quietarlo un istante, molto più che questo avveniva nella fresca ed umida autunnale stagione, e quest' opinione viene avvalorata dall' avere questo sintoma avuto un corso a se, cominciato dopo gli altri provocati dall' ago nel ventricolo, e cessato dopo che quelli erano svaniti per la sortita dello stesso ago dalla cavità dello stomaco, vale a dire quando il bambino fattosi quieto, non toglievasi più dal proprio letto per esporlo repentinamente all' aria fredda ed umida esteriore.

Ora dopo intrapresa la cura di questo bambino; e specialmente diretta contro l' anemia, questa tuttavia non diminuì, come avvenne al contrario per tutti gli altri sintomi attribuiti alla presenza dell' ago nello stomaco; perciò sono indotto a credere comprovate vieppiù le ragioni addotte, vedendo in questa cessazione di sintomi, la coincidenza colla sortita spontanea dell' ago attraverso le membrane del ventricolo, e la sua collocazione superficiale esterna nel tessuto cellulare sottocutaneo.

Per le quali cose tutte puossi secondo me ritenere adunque:

1.° *Che l'*anemia ed il dimagrimento sieno stati occasionati dalle potenze deprimenti, che agirono per vari mesi sul bambino in mano alla custode mercenaria, e sieno poi stati mantenuti ed anche accresciuti, dalle sofferenze prodotte da un ago ingoiato nel mangiare la terra, e che si era colla punta infisso nella mucosa dello stomaco e là fermato per qualche tempo.

2.° Che l'ago col soggiornare nel ventricolo abbia punzecchiato questo viscere a modo da produrre dolori gravi, espressi dal bambino colla smania, irrequietezza, grida quasi continue ed insonnio.

3.° Che sia avvenuto per ciò moto peristaltico aumentato, conseguente pronto vuotamento dello stomaco e quindi fame accresciuta.

4.° Che la diarrea siasi manifestata e mantenuta con carattere intercorrente, pei cibi mal digeriti passati negl' intestini nella maniera sopradetta.

5.° In fine che la tosse sia stata acquistata accidentalmente per causa reumatizzante, della quale non ve ne è stata al certo deficienza.

Per ultimo ponendo mente attentamente a tutto ciò che è stato detto, potevasi certo ammettere fra le cose possibili anche la presenza di un corpo estraneo, e vedere in vari di quei fenomeni l' azione di vermi ed anche di un ago inghiottito; ma se si consideri l' età del fanciullo, le cause precedute, la derivazione, il complesso dei sintomi presentati, l' andamento stesso lento della malattia, se non potevasi fare diagnosi certa di una determinata forma morbosa, metteva piuttosto in istato di sospettarne una grave e generale, di quello che far credere alla vera causa. Se il momento eziologico fosse stato noto, avrebbe bastato solo esso a determinare il valore reale dei sintomi; mancando quella cognizione, credo non potessero aversi dati sufficienti per ammetterlo.

Ritengo adunque che il medico attento debba avere presente anche queste possibili contingenze nell' accingersi all' esame dei malati, ed alla determinazione della diagnosi e cause delle malattie, onde potere addivenire ad una cura razionale od almeno inoffensiva. Perciò il presente lavoruccio spero valga almeno a fare una volta di più conoscere, quanto il giudicio medico sia pur sempre difficile e di quale e quanta prudenza, perspicacia ed attenzione, al medico, per non errare si convenga.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

SUL MIDOLLO DELLE OSSA

STUDI

DEL

Dott. G. BIZZOZERO

Supplente alla Cattedra di Patologia Generale nella R. Università di Pavia.

(Morgagni, fascicoli VII., VIII. e IX.)

In questo lavoro il Prof. Bizzozero espone, coll' estensione richiesta dall' importanza dell' argomento, i risultati delle sue osservazioni sulla struttura del midollo delle ossa. Tali risultati, pei quali il midollo delle ossa deve ora essere annoverato fra le ghiandole sanguigne, come la milza le ghiandole linfatiche e gli altri organi linfoidi, vennero dall' autore già antecedentemente fatti conoscere per sommi capi in alcuni numeri della *Gazzetta Medica Lombarda* (Novembre 1868, Gennaio, Marzo, Giugno 1869) ed in alcuni fascicoli del Rendiconto del R. Istituto Lombardo (Serie 2.ª Vol. 1.° — Seria 2.ª Vol. 2.°).

Il midollo delle ossa, qualunque sia l' osso da cui lo si ha, può presentarsi sotto tre diverse forme: di midollo *rosso*, di midollo *gelatinoso*, di midollo *giallo*.

Midollo rosso. — Il midollo *rosso*, che fra le tre varietà è quello che ha maggior importanza per

Digitized by Google

la fabbricazione del sangue, studiato colla dilacerazione in liquidi indifferenti, presenta oltre ad elementi secondari (scarse fibre connettive, fibre nervose, globuli e vasi sanguigni) le seguenti forme cellulari; 1.° cellule simili ai globuli bianchi del sangue; 2.° cellule rosse nucleate; 3.° cellule giganti con nuclei centrali in gemmazione; 4.° cellule bianche contenenti globuli rossi o granuli di pigmento; 5.° cellule connettive.

1.° Le cellule simili ai globuli bianchi del sangue costituiscono, pel rapporto numerico, la parte principale del midollo, hanno una forma sferica, e il loro diametro è in media di 8 a 14 μ; se ne riscontrano però di frequente alcune che non arrivano a 5-6 μ, mentre altre raggiungono l'enorme diametro di 18-20 μ. Il nucleo è arrotondato della grossezza di 5-10 μ piuttosto omogeneo, spesso provveduto di nucleolo. Molte di queste cellule contengono fini granuli adiposi ammucchiati generalmente in una parte del protoplasma, mentre l'altra rimane libera. — Non tutte le cellule bianche conservano queste forme tipiche. Alcune si distinguono perchè hanno due nuclei, ovvero un nucleo allungato con due nucleoli, ovvero un nucleo in processo di scissione; altre per avere due nuclei alle due estremità, ed il protoplasma disposto strettamente intorno ad essi, sicchè la cellula acquista la forma di un 8 (cellule in scissione).

Una delle proprietà più importanti, di queste cellule, scoperta dall'autore fin dal 1865 (rendiconto dell'Istituto Lombardo Vol. 2.°, Fasc. 1.°) e più tardi confermata da altri osservatori è la contrattilità del loro protoplasma. — I globuli midollari tolti ad una rana appena uccisa ed esaminati in un liquido indifferente presentano dei vivaci movimenti anche alla temperatura ordinaria, si vedono cioè gettare o ritirare dei prolungamenti numerosi, lunghi, ramificati anastomizzati fra loro e spesso provveduti di prolungamenti secondari finissimi. Le cellule più piccole (7-8 μ) probabilmente per la piccola quantità di protoplasma che circonda il nucleo, sono dotate di movimenti molto meno vivaci delle cellule più grandi (14-20). — Le cellule bianche midollari dei mammiferi presentano gli stessi movimenti, ma ancora più vivi quando però, coll'apparecchio di Schultze si abbia cura di riscaldare il preparato a 35°-40° C. Non tutte però mostrano, nè in egual grado, il potere contrattile; le più contrattili sono le più piccole, sia che abbiano o non abbiano granuli adiposi nel loro protoplasma; le più grosse sono immobili, ovvero mandano fuori lentamente e ritraggono delle semisfere jaline. — Si potrebbe contrastare con una obbiezione alla contrattilità delle cellule del midollo; si potrebbe dire cioè che le cellule midollari sono immobili, e che le mobili non sono che globuli bianchi usciti dai vasi sanguigni dell'organo. E facile persuadersi che questa obbiezione non è molto fondata quando si consideri che le semoventi del midollo sono in numero enorme, mentre i globuli bianchi dei suoi vasi sono in numero piccolissimo. — Onde togliere ogni dubbio intorno alla contrattilità delle cellule bianche midollari, Bizzozero ricorse anche agli sperimenti. — A dei conigli uccisi per emorragia injettò nelle femorali una soluzione a 0,75 % di cloruro sodico avendo cura che il liquido iniettato fluisse dalle vene previamente tagliate, con tal mezzo lavava completamente i vasi dell'arto, compresi quelli del midollo, ed esaminando dopo il midollo, riscaldato a 35°, non vide punto diminuire il numero delle cellule contrattili. — Colle sezioni dei pezzi induriti poi constatò che queste non erano contenute nei vasi.

Come si riproducono gli elementi contrattili del midollo? L'autore ha potuto accertarsi che le cellule midollari semoventi si moltiplicano per *scissione*. — Per rendersi certo di tal fatto, egli non si accontentò di vedere delle cellule con due nuclei, e delle cellule colla forma di biscotto, ma seguì passo passo, nella rana, il processo nei diversi suoi stadi nello stesso elemento. In *quattro casi* potè scorgere una cellula vivacissima allungarsi, presentare un restringimento alla metà del suo asse più lungo, e progredendo l'infossarsi del restringimento, lentamente dividersi in due porzioni; le quali staccatesi l'una dall'altra s'andarono a confondere, coi loro movimenti amiboidei, colle cellule vicine.

2.° *Cellule rosse nucleate.* Queste rappresentano gli stadi di sviluppo dei globuli, e perciò variano d'aspetto a seconda che l'elemento è giovane o vecchio, solitamente hanno il diametro di 8-12 μ, talvolta però raggiungono il diametro di 18 μ. Alcune differiscono di ben poco dalle cellule bianche piccole, hanno un nucleo relativamente grosso, incolore, granuloso, circondato da protoplasma pure incolore, e finamente granuloso. In altre invece il protoplasma è più omogeneo ed ha una tinta leggermente giallognola, in altre ancora, il protoplasma è omogeneo giallognolo, limitato da un contorno netto; il nucleo piuttosto piccolo. In altre infine si hanno uno, due, tre e quattro nuclei assai piccoli, granulosi, incolori, circondati da una massa di sostanza omogenea, del colore stesso dei globuli sanguigni.

Mettendo in ordine tutte queste forme cellulari, si hanno tutti gli stadi di passaggio dalle cellule incolori nucleate ai globuli rossi del sangue. — Come ha luogo la scomparsa del nucleo dalle cellule rosse nucleate? Su tale rapporto all'autore pare ragionevole l'ammettere che il nucleo scompaia per una specie di atrofia; esso diventerebbe piccolo e si scinderebbe in granuli. Questa opinione trova un appoggio nelle cellule rotonde colorate contenenti due, tre, quattro piccoli nuclei, ed è si può dire generalmente ammessa; però nell'e-

Digitized by Google

same dei midolli specialmente umani, l'autore notò un fatto che gli fece sospettare che la scomparsa del nucleo possa avvenire anche in altro modo, egli notò cioè che assai spesso (adoperando soluzioni indifferenti di cloruro sodico) il nucleo trovasi nelle porzioni periferiche della cellula, che in molte cellule il nucleo spinge all'infuori la sostanza della cellula rossa, nel punto in cui esso si trova a guisa di bottone, e che in molte altre il nucleo è divenuto libero e nuota nel liquido di aggiunta, mentre nella cellula non si nota che la sporgenza irregolare alla sua sommità, prodotta dall'escita del nucleo. L'autore si domanda: questi fatti sono essi effetto dell'alterazione cadaverica, oppure si rannodano coi processi che hanno luogo durante la vita?

Oltre alle cellule rosse ora descritte, nel midollo se ne trovano altre che differiscono per la presenza di due nuclei, e per la forma particolare degli elementi. Alcune di queste sono allungate ed hanno i nuclei disposti verso i due capi; altre hanno uno strozzamento verso la metà della loro lunghezza, altre hanno la forma di un 8, e il tratto pel quale le due metà stanno unite è sottilissimo. Queste cellule rappresentano evidentemente il processo di scissione delle cellule rosse. È impossibile confonderli con quelle poc' anzi descritte e che contengono pure due, tre o quattro nuclei, perchè rappresentando queste l'ultimo stadio di passaggio dalle cellule di globuli rossi, si distinguono dalle cellule in scissione per la forma arrotondata, per la piccolezza dei nuclei, e per la colorazione giallo-rossa intensa della sostanza circondante il nucleo.

3.ª *Cellule giganti a nucleo centrale in gemmazione.* Sono dei grandi corpi del diametro medio di 25 a 45 μ, di forma piuttosto irregolare, generalmente però arrotondata ed ovale; ovvero di rene, o con sporgenza arrotondate. Adoperando nell'esame un liquido indifferente qualche volta non si scorge che un ammasso di protoplasma omogeneo, ovvero con qualche granulo, nell'interno non si può notare nè nucleo nè nucleolo. Più spesso però si può distinguere un ammasso nucleare confuso pallido, piuttosto di aspetto omogeneo, non di rado con nucleoli, con contorni abbastanza spiccati, circondato da una grande massa di protoplasma finamente granulare.

Parlando della parte centrale di questi elementi, l'autore adopera avvertitamente l'espressione *ammasso nucleare*, e non la parola *nucleo*, perchè la sua forma differisce dalla solita dei nuclei. Se infatti lo si esamina isolato o dopo l'azione di leggero acido acetico, si scorge che questo corpo, che può raggiungere la grossezza di 20-30 μ non è costituito di un ammasso di nuclei, ma da un nucleo in gemmazione, o per meglio dire da nuclei fusi incompletamente assieme. Qualche volta si trovano vicino all'ammasso nucleare dei nuclei isolati.

Se queste cellule giganti rimangono a lungo nel liquido indifferente in cui si esaminano, o se vengono trattate coll'acqua, emettono alla loro periferia delle semisfere di sostanza omogenea ed incolore. Tale fenomeno dapprima aveva fatto sospettare all'autore che il protoplasma di queste cellule giganti fosse dotato di contrattilità, ma un esame ulteriore lo persuase del contrario. Ad onta che egli cambiasse liquidi d'aggiunta e temperatura, non ha potuto constatare alcuna dimostrazione di contrattilità.

Coll'acido acetico il protoplasma diventa trasparente ed i nuclei acquistano contorni molto più spiccati. Nel carmino cellule e nuclei si colorano fortemente; gli ultimi con maggiore intensità.

L'autore per ora nulla può dire riguardo al modo di moltiplicazione di queste cellule, e nulla pure riguardo al loro ufficio. Dalla descrizione fatta appare evidente che le medesime devono essere nettamente distinte da quelle altre cellule gigantesche, che si trovano pure nel midollo delle ossa e che da Robin ebbero il nome di *mieloplaxi*. I caratteri di distinzione emergono non solo dalla forma, dalla grandezza, dalla natura del protoplasma, dalla forma e disposizione dei nuclei, ma ben anche dalla posizione, poichè le cellule gigantesche a nuclei centrali sono disperse nello spessore del midollo, mentre i mieloplaxi, stanno per così dire, al di fuori del midollo, aderenti immediatamente all'osso.

4.° *Cellule bianche contenenti globuli rossi.* Queste cellule, dall'autore scoperte fin dal Dicembre 1868, sono componenti frequenti ma non costanti del midollo. — La forma di queste cellule è svariatissima: negli animali di solito sono arrotondate, od ovali, nell'uomo il numero di queste è eguale e spesso inferiore a quelto delle cellule di forma poligona, fusate oppure allungate e provvedute di prolungamenti. Il loro contorno, quando siano esaminate nel fresco, è spiccato. La loro grossezza può essere da 10-12 a 40-50 μ. — Il nucleo frequentemente non è visibile essendo tolto all'occhio dell'osservatore degli elementi che stanno nel protoplasma, il più delle volte però facendo roteare la cellula, ed aggiungendo, quando faccia di bisogno, l'azione dell'acido acetico diluito, si riesce a scoprire il nucleo con nucleolo. Talora invece di uno se ne hanno due o tre.

Il protoplasma è incolore o leggermente giallognolo, omogeneo o con fini granuli albuminoidi, o con granuli adiposi. Oltre ai granuli contiene ancora dei globuli sanguigni rossi e dei granuli di pigmento. — Di globuli talvolta se ne osservano uno solo o due, tal'altra quattro, otto; talora, infine (midollo umano in alcuni stati patologici) fin trenta, cinquanta. L'aspetto di tali globuli non è sempre eguale; alcuni sono perfettamente simili a quelli contenuti nei vasi, altri sono più piccoli, più oscuri, a contorni più marcati.

Digitized by Google

Invece dei globuli, o insieme ad essi le cellule globulifere contengono spesso dei granuli di pigmento. Questi si distinguono dai globuli pei contorni meno regolari, ma più spiccati, pel maggior potere refrangente, e pel colore che varia dal giallo rosso al giallo dorato, o al rosso bruno; possono avere un diametro tre o quattro volte maggiore dl quello dei globuli, oppure presentarsi sotto forma di minute granulazioni che riempiono più o meno completamente la cellula. Talora si vedono quasi esclusivamente cellule con globuli, talora non si hanno che cellule con granuli di pigmento, talora invece il numero delle une e delle altre è pressochè eguale. — Nel tifo per es. si hanno generalmente cellule contenenti globuli ben conservati, nel midollo gelatinoso atrofico dei vecchi predominano le cellule contenenti granuli di pigmento rosso-bruno.

Qual'è l'ufficio di queste cellule? L'autore non esita a considerarle come *elementi in cui ha luogo la distruzione dei globuli rossi*, esse avrebbero cioè lo stesso ufficio, come hanno eguale la forma, delle cellule contenenti globuli o granuli di pigmento che Köllicher ha descritto nella milza. Che tale sia l'ufficio delle cellule contenenti globuli o granuli di pigmento viene provato, scrive l'autore, da vari fatti tolti specialmente dal campo patologico, ed in particolar modo dall'osservazione di quanto avviene al dintorno di un focolaio emorragico. Infatti pochissimo tempo dopo l'uscita del sangue dai vasi si possono scorgere le cellule semoventi del connettivo circonvicino contenenti globuli rossi, e *più tardi* globuli rossi e granuli di pigmento, avviene cioè una graduta trasformazione dei globuli rossi in granuli di pigmento. — Abbiamo appositamente ricordati questi particolari descritti da Bizzozero intorno alla distruzione dei globuli rossi ed alla formazione dei granuli di pigmento nei focolai emorragici, perchè Langerhaus in un recentissimo lavoro, più volte ripete che egli fu il primo a notare il fatto che la formazione dei granuli di pigmento, non avviene già, come dapprima credevasi, mediante un raggruppamento delle molecole pigmentari risultanti dalla distruzione dei globuli, ma che invece succede un fatto inverso: prima si formano i grossi granuli di pigmento i quali poi si scindono in fine molecole. Ora dalle surriferite parole di Bizzozero appare che questo fatto era già stato da lui rimarcato.

Le cellule contenenti globuli e granuli di pigmento sono elementi fisiologici del midollo, o sono invece forme patologiche? — Secondo Neuman, la formazione delle cellule globulifere sarebbe dovuta a fenomeno patologico (stravasi per rotture delle pareti vasali) e sarebbe propria del tifo. — Ma Bizzozero trovò che queste cellule sono bensì assai più frequenti nei midolli dei tifosi, ma che esse si riscontrano molto spesso in individui morti per altre malattie ed anche in *animali perfettamente sani;* e precisamente nell'uomo il rapporto tra i midolli che contengono cellule globulifere è quelli che non ne contengono è all'incirca come 4: 1; (80,%). Quanto agli animali egli trovò che su 16 cani sani 12 offrivano le cellule globulifere nel midollo. L'autore inclina quindi a ritenere che le cellule globulifere debbansi considerare come elementi fisiologici. Le incostanze della loro presenza, egli dice, non provano nulla, perchè, p. es. anche i nemaspermi sono elementi incostanti e ad onta di ciò nessuno vorrà negare la loro significazione fisiologica.

Cellule connettive. Sono componenti costanti del midollo rosso. Nell'uomo sano, sono molto frequenti, ben sviluppate, a contorni spiccati; nel cane, nel coniglio e nella rana invece, hanno spesso protoplasma finamente granuloso e assai delicato, sicchè generalmente nel fare la preparazione si rompe e lascia il nucleo libero o circondato da un ammasso di granuli.

Per studiare la disposizione dei vasi, e degli elementi del midollo, l'autore ricorse alle iniezioni col bleu di Prussia (e si giovò anche delle iniezioni naturali) ed all'indurimento coll'acido cromico (0,3-0,5 %) o col bicromato di potassa (2 %), o coll'acido osmico (½ %).

I vasi sanguigni sono nel midollo in copia così grande che costituiscono metà e più del suo volume. — Le arterie in numero di una, o di due, o tre, scorrono vicino all'asse del midollo e inviano diramazioni verso la periferia. Questi rami si staccano ad angolo molto acuto, e in conseguenza hanno un decorso quasi parallelo a quello delle arterie. Il decorso delle vene invece è centripeto. Alla periferia esse fanno delle anse che hanno la loro convessità verso l'osso, e ne sono quasi a contatto. Da queste anse partono delle vene più grosse (20-25 μ) le quali aumentando sempre di diametro, vanno a sboccare nelle vene principali a cui sono perpendicolari. La vena o le vene principali scorrono generalmente a ridosso delle arterie, in modo da rivestirle per metà, o per due terzi della loro superficie esterna.

Perciò che riguarda la struttura delle tonache vasali, le arterie hanno membrane piuttosto sottili, e le vene principali membrane sottilissime rinforzate da poche fibre connettive. Quanto ai capillari, che secondo Neuman mancano nel midollo, l'autore non solo li ottenne molte volte isolati, ma con iniezioni di gelatina con nitrato d'argento dimostrò chiaramente le cellule fusiformi longitudinali che li compongono. Quanto alle vene secondarie l'autore non ha ancora potuto decidere con certezza se abbiano o non abbiano membrana. Hoyer asserì di essere giunto a dimostrare che questa membrana non esiste, perchè avendo egli col metodo *della puntura*, fatto un iniezione di materia colorante nel midollo, osser-

Digitized by Google

vò: che la materia si diffuse in spazi privi di membrana conformati a canali, dai quali passò poi nella vena efferente dell'osso; ma Bizzozero fa osservare che l'esperienza di Hoyer nulla dimostra perchè in parti del corpo ricche di vene, queste si possono iniettare anche semplicemente coll'infiggere la punta della cannula nel tessnto, e che coll'istesso metodo soglionsi iniettare i vasi linfatici i quali, almeno almeno, sono provveduti di una membrana endotelica.

I vasi sanguigni arteriosi e venosi costituiscono una specie di impalcatura reticolare nelle cui maglie stanno disposti gli elementi del midollo. Le cellule sanguigne secondo Neuman stanno sempre nei vasi, egli non dà però argomenti che permettano di accettare la sua opinione come accertata. Le cellule globulifere vennero da Bizzozero trovate sempre fuori dai vasi. Le cellule midollari stanno senz'ordine ammassate nelle maglie lasciate dai vasi. Le cellule gigantesche stanno disperse qua e là, separate da tratti più o meno ampi occupati da cellule midollari. Le cellule connettive formano coi loro prolungamenti anastomizzati una specie di reticolo che può dimostrarsi col pennellamento di sezioni di midollo induriti o col bicromio di potassa o coll'acido cromico, o meglio coll'acido osmico.

Midollo gelatinoso. Questo si distingue dal midollo rosso per la quantità della sostanza fondamentale. Mentre che in questo le areole lasciate dai vasi sono quasi intieramente riempite da elementi cellulari, nel midollo gelatinoso esse contengono una grande quantità di sostanza amorfa, trasparente, incolora o leggermente giallognola, la quale coagula quando venga trattata con acido acetico molto diluito, ma si ridiscioglie con un eccesso del reagente, ed è questa sostanza che dà l'aspetto gelatinoso al midollo. Del resto il midollo gelatinoso differisce dal rosso perchè vi sono molto scarse le cellule sanguigne nucleate, e le cellule midollari, e più ancora vi scarseggiano le cellule con globuli rossi o granuli di pigmento.

Midollo giallo. Il solo carattere che lo differenzia dalle altre varietà è l'abbondanza in esso di cellule adipose. Su sezioni di pezzi induriti si scorgono le grosse cellule adipose, di forma poligona per reciproca pressione, le quali riempiono le maglie della rete vasale.

Fra queste tre varietà di midollo esistono delle gradazioni infinite, per cui in ogni caso non si può determinare a quale varietà appartenga il midollo che si esamina, e l'una forma poi può trasformarsi nell'altra, non di rado anzi nelle stesse parti di un osso trovansi rappresentate tutte le varietà.

Il gelatinoso si trasforma in rosso per l'aumento di numero delle cellule midollari e scomparsa graduata della sostanza gelatinosa. Tanto il gelatinoso che il rosso ponno trasformarsi in giallo assumendo dell'adipe. — E l'infiltrazione ha luogo non nelle cellule midollari, ma nelle cellule connettive stellate.

Nella seconda parte del lavoro l'autore tratta delle alterazioni patologiche del midollo ed espone il risultato delle sue osservazioni fatte sul midollo di 38 individui morti per svariate malattie. Queste osservazioni, che egli riferisce in dettaglio, mentre da una parte fanno palese la molta analogia che, anche per le alterazioni patologiche c'è tra il midollo e la milza, dall'altra dimostrano come le alterazioni del midollo possono accompagnare, seguire e forse anche precedere alcune malattie d'altre parti dell'organismo.

Ecco le conclusioni che si possono dedurre dalle accennate osservazioni:

Le cellule adipose generalmente diminuiscono nelle malattie, e specialmente in quelle in cui ha luogo diminuzione o scomparsa dell'adipe sottocutaneo. — Non potendo il midollo, al contrario degli altri organi, diminuire di volume, il posto delle cellule adipose viene occupato dalle cellule midollari, ovvero da sostanza gelatinosa, o dai vasi dilatati.

Le cellule sanguigne rosse si trovano nelle età più diverse, ed assai più spesso anche in individui morti per malattie esaurienti. Le osservazioni raccolte dall'autore fino ad ora non permettono di stabilire a che sia legata la loro presenza, mentre erano abbondanti in un vecchio contadino morto per tubercolosi cronica, mancavano affatto in un ragazzo di 11 anni morto per infezione purulenta. È di speciale interesse l'osservazione che ha per oggetto una donna in preda a grave anemia; nel midollo di questa donna le cellule sanguigne rosse erano su un numero enorme, ed è singolare che contemporaneamente ci fossero molte cellule globulifere.

Le cellule midollari contenenti granuli di pigmento si riscontrano specialmente nei vecchi, e nella degenerazione gelatinosa del midollo. — Le cellule globulifere, a globuli ben sviluppati si trovano negli stadi avanzati del tifo, tanto nel midollo quanto nella milza. — Le cellule globulifere del tifo si distinguono dalle altre che si trovano in altre circostanze nel midollo, perciò che in generale sono arrotondate e distese da un gran numero di globuli rossi ben conservati.

L'autore volle anche offrire un saggio di patologia sperimentale del midollo, fece cioè alcune esperienze onde determinare le alterazioni del midollo conseguenti alla morte per fame. Scelse sette conigli press'a poco della stessa grossezza e della stessa età, ed assoggettò più tardi ad esame i midolli delle gambe di sei che aveva lasciato morire di fame e di quell'unico che aveva conservato in vita con buona dieta. Nel coniglio sano il midollo dell'estremità inferiore della tibia era di color grigio, più

Digitized by Google

in su, fino nella parte più alta del femore il colore diventava grigio-rossigno; il microscopio poi dimostrava una grande quantità di cellule adipose, in ragione diretta dell'intensità del color grigio; sicchè nella metà inferiore della tibia si avevano soltanto cellule adipose e vasi.

Nei conigli morti per fame i midolli erano di color rosso scuro, molli, e, tagliati, lasciavano escire molto sangue. Il microscopio dimostrò una enorme dilatazione dei vasi. In alcuni punti le vene erano così larghe che spesso si toccavano colla loro superficie esterna, lasciando un posto insignificante al tessuto del midollo. Nei punti in cui le maglie venose erano più larghe lo spazio era occupato da una sostanza amorfa e trasparente effusa tra gli elementi, ovvero più di rado da accumuli di cellule midollari. La sostanza trasparente era più copiosa alla metà inferiore della tibia. Nessuna o quasi nessuna traccia di grasso.

Concludendo, il lavoro del Prof. Bizzozero, non solo riempie il vuoto che esisteva nella scienza riguardo all' istologia ed alla fisiologia del midollo delle ossa, ma ha aperto un nuovo campo alla patologia, nel quale per altro egli già di molto si è inoltrato, avendo già scoperto che le alterazioni anatomo-patologiche del tifo, e le alterazioni che succedono nell'organismo per riparare le gravi anemie, hanno in gran parte loro sede nel midollo.

Spetta ora a chi può disporre dei materiali clinici, ed anatomo-patologici di un grande ospedale, ad illustrare più ampiamente questo argomento.

Bohn. — *Le malattie nervose dei bambini.* — Traduzione dal Iahrbuch f. Kinderheilkunde und physische Erziehung III, Iahrg. I, Heft 1869, del Dott. P. Celoni.

Nelle seguenti pagine voglio fare una esposizione sommaria ed ordinata delle neurosi infantili, servendomi delle osservazioni mie e di altrui, quale non fu fatta fino a qui. I manuali ed i trattati si limitano ad un piccolo numero delle alterazioni più profonde e praticamente più importanti del sistema nervoso (epilessia, tetano, spasmo della glottide, corea ed eclampsia) mentre dall'altra parte stanno senza alcun nesso le eccellenti casuistiche di un Romberg, Henoch, Steiner, Neureutter e di pochi altri.

Così mi parve un giusto compito per questi annali, non solo di aumentare il materiale diviso e sparso di questo soggetto non abbastanza studiato mercè nuovi contributi, ma di darne ancora una esposizione sommaria ed ordinata.

Egli sarà d'uopo ricercare, quali disturbi nervosi sono stati osservati nella età infantile e quindi far seguire l'esame sulla disposizione di questa a ciascuna singola forma. A cagione del carattere sommario del lavoro io mi tratterò più dettagliatamente là solo, dove è da far menzione di qualche cosa di straodinario e di mia osservazione, o dove un numero di casi sparsi può essere insieme ordinato.

Quelle malattie dei nervi periferici, che notoriamente hanno la loro origine in noti processi del cervello e del midollo spinale, non troveranno che una breve menzione. Parimente quelle neurosi tanto trattate (epilessia, spasmo della glottide, corea), sulle quali io non potrei niente apportare di realmente nuovo. Non tratterò pure la questione circa lo stato morboso di molti disturbi nervosi, come insolubile per il momento. Il semplice questionare con le parole « essenziale, idiopatico » è profittevole così poco, come l'accettare tali distinzioni come semplici termini ed impedisce un esame scientifico.

Quanto noi siamo bisognosi di ciò per riguardo al sistema nervoso infantile, dove anatomia e fisiologia ci abbandonano affatto, lo si vedrà abbastanza frequentemente nelle pagine seguenti. Laonde desidero che risveglino numerose continuazioni e nuovi contributi.

I. — Nevrosi di sensibilità.

Nella statistica di Valleix (1), la quale ordina le nevralgie a seconda della età, fra 296 casi di nevralgie di ogni maniera, solo due appartengono ai primi dieci anni. Ora se anche l'ospedale, a cui vengono tolte quelle cifre, non permette delle precise conclusioni riguardo al primo periodo della vita e se altre pubblicazioni sono ancor meno favorevoli alla età infantile, nè esse nè molte altre nuove osservazioni possono cambiare il fatto, che il bambino ha pochissima disposizione alle affezioni dei nervi senzienti. Solo questo vale pei rami periferici dei nervi cerebro-spinali e non per le terminazioni viscerali di alcuni plessi nervosi.

Nevralgia del Trigemino. — Fra le osservazioni meno recenti Chaponnière rammenta 2 casi della età di 1 fino a 10 anni e Günther un caso di un ragazzo di 9 anni (2). Non mi fu possibile attingere alle sorgenti per sapere qualche cosa di più preciso sulle medesime.

Recentemente sono state osservate delle nevralgie nel distretto del quinto, quasi solamente sotto la influenza del *veleno da malaria.* Henoch comunica nei suoi « Contributi alla Pediatria » (1861 e 1868) 2 casi di nevralgia sopra orbitaria inter-

---

(1) Traité des nevralgies ecc. Paris 1841.

(2) Bretschneider. Tent. di un fondamento delle nevralgie esterne, Iena 1847.

Digitized by Google

mittente, i quali si verificarono in ragazzi di 9-14 anni. L'ultimo malato soffrì due recidive, che cedettero ora al chinino, ora all'arsenico.

Una osservazione affatto singolare trovasi nelle « cliniche osservazioni di Romberg » pag. 8.

Un garzone di un legnaiuolo di 15 anni aveva sofferto già da 6 settimane di un dolore lacerante, che infieriva nell'intero primo ramo del quinto a sinitra e che era acconpagnato da lacrimazione, freddo, calore e sudore, ma che regolarmente durava solo ciascun martedì o mercoledì dalle 6 antimeridiane fino alle 3 pomeridiane. Quindi apparvero i dolori solo ciascuna domenica, più tardi ciascun sabato e infine irregolarmente, fino a che il chinino li vinse.

Io posseggo due di tali nevralgie.

In un bambino di 6 anni, Alberto P. (Maggio 1857) si verificavano già da otto giorni, ciascuna mattina con freddo e calore, del dolori nella parte destra della fronte e nell'orecchio destro, che duravano 4 ore.

Il secondo dolore sopra-orbitario tipico lo presentò (Febbraio 1866) un ragazzo di 12 anni. Aveva già durato una settimana, continuava durante il giorno ed esacerbavasi per lo sternutire, tossire è pei rapidi movimenti del capo. La pressione sul mezzo dell'orlo dell'orbita era dolorosa. Mancava la febbre, tumore di milza od altro disturbo. Ambedue le volte riuscì di un pronto soccorso il chinino.

Una nevralgia traumatica *frontale, che durava da 4 anni, la vide Henoch in una bambina di 10 anni. Una cicatrice lunga 1 ½ pollice sulla metà destra della fronte era il focolaio dei dolori, che nei parossismi s'irradiavano fino al vertice. La cicatrice era dolente alla pressione.*

Più frequentemente s'incontra in bambini scrofolosi la *nevralgia ciliare* combinata a fotofobia, lacrimazione e spasmo palpebrale. Dipendente dalle differenti forme di keratitis non ne è un necessario attributo. Il grado dei dolori è vario, ma sale talora a violenti parossismi. Le palpebre, i rami del frontale, più raramente quelli dello infraorbitale, sono la sede del dolore.

Una nevralgia occipitale *con caput obstipum in un ragazzetto di 12 anni, la quale era risvegliata da una periostite alla parte più inferiore della prima metà dell' osso occipitale e che dopo lunga e inane cura antiflogistica finalmente cedette al ioduro di potassio, trovasi in Henoch.*

Rilliet e Barthez osservarono nel tifo infantile un dolore ai lati e alla parte posteriore del collo, come nella neuralgia cervicale o nel torticollo. Passeggiero e poco intenso nella più parte dei casi, questo dolore è talora violentissimo. In un bambino di 4 anni comparve al 3.° giorno di malattia e specialmente al momento della esacerbazione febbrile prendeva un carattere estremamente violento. Allora il bambino gridava, teneva il capo immobile verso destra e guardavasi dal menomo movimento. Il dolore continuò presso a poco durante l'intiero decorso della malattia e scomparve insensibilmente senza lasciare traccie di sè.

Una nevralgia brachiale, *in seguito di ustione, trovasi nella 29.ª osservazione di Valleix. Un ragazzetto di 13 anni riportò una ustione di secondo grado all'ultima falange del pollice con del brodo bollente. Da questo punto sviluppossi un dolore, che comparve a parossismi, seguendo il decorso del N. mediano fino alla piegatura del braccio. La più leggiera pressione sulla parte abbruciata risvegliava un accesso di dolore, come il toccamento della pelle lungo i nervi affetti. Una cura di 6 settimane con carbonato di ferro apportò la guarigione.*

Una neurálgia brachiale sinistra, dagli apici dei diti in su, non raramente irradiantesi fino alla cavità ascellare ed alla spalla, risvegliata da cagione « reumatica » venne sotto l'osservazione di Henoch in una bambina di 9 anni. Gli accessi comparivano spesso 10-12 volte al giorno, anche di notte. Il ioduro di potassio arrecò in 15 giorni una completa guarigione.

Affezioni dolorose di *nervi intercostali* sono state osservate in circostanze differenti. Valleix rammenta una giovinetta di 9 anni che soffriva, specialmente nelle profonde inspirazioni, di una nevralgia dei nervi 8.° e 9.° intercostali e che con grande precisione designava il punto vertebrale, laterale e sternale. I medesimi furono pure trovati dolenti con un esame accurato.

In giovinette gracili, anemiche, della età da 10 fino a 15 anni, come nelle adulte clorotiche e malate negli organi sessuali, viene frequentemente accusato un forte dolore intercostale, il quale ha il suo punto principale nel 5.° o 6.° spazio intercostale, un poco oltre il perpendicolo del capezzolo della mammella e che così ordinariamente viene attribuito al cuore.

Una maggiore importanza aveva la nevralgia intercostale della parte destra in un ragazzetto di 12 anni con carie della colonna vertebrale *e alle ossa dell'estremità inferiori. I dolori cagionati dallo stimolo diretto per parte dei corpi vertebrali distrutti, esacerbano di notte e colla pressione sulla vertebra sporgente venivano così considerevolmente esacerbati che il ragazzo sveniva.*

Rilliet e Barthez osservarono più volte in bambini tifosi un punto doloroso a lato del tronco, da simulare una nevralgia intercostale.

Appartengono inoltre a questa categoria i dolori nevralgici, che sogliono accompagnare lo *zoster dorso-pectoralis*. Peraltro essi sono in generale meno costanti che negli adulti, ma possono in ciascun caso raggiungere un alto grado. In questi casi ho più volte trovato i points douloureux. Frattanto questa nevralgia intercostale giammai persiste nei bambini conforme le osservazioni fino ad oggi, al

Digitized by Google

di là dell'eruzione cutanea, come avviene così frequentemente in una età più avanzata.

Nevralgie lombo-abdominali le ho constatate fino a qui solo come compagne dello zoster della regione corrispondente.

Fra le *nevralgie dell'estremità inferiori* sono primieramente da rammentare quei dolori eccentrici, che vengono accusati nella incipiente coxitis ordinariamente nel ginocchio, più raramente all'articolazione del piede o nel tallone.

Solo una volta potei osservare una distinta *ischias* e precisamente come larva di febbre. I dolori risiedevano nella gamba destra e comparivano ciascuna sera fra le 5-7 ore per durare la più gran parte della notte. Il giorno potevano essere compiuti tutti i movimenti della gamba malata facilmente e senza dolore, come pure il cordone nervoso non mostrava in alcun luogo sensibilità alla pressione. Furono contestati sintomi febbrili. Il chinino non giovò punto e il resultato della ulteriore cura rimase ignoto.

Più frequenti delle esterne sono le *nevralgie viscerali:* per certo non si osservano troppo frequentemente le *cardialgie*, che non dipendano da indigestione o da gravi malattie di stomaco (per es. ulcus rotundum), sebbene di tanto in tanto le si osservano con enorme violenza e il più spesso ancora in bambine dai 10 anni in su in unione agli ordinari sintomi dell'anemia.

Una cardialgia *intermittente* a tipo quotidiano fu da me osservata in un bambino di sei anni.

All'incontro nel primo periodo della vita predomina precisamente la *neuralgia mesenterica*, la *colica*. La sua frequenza sta d'accordo con la cardinale importanza delle funzioni intestinali e delle numerose malattie della mucosa intestinale in questa età. I molti e lunghi lavori degli antichi scrittori mostrano quale importanza fu data alla colica. Adesso essa viene trattata in occasione e più come appendice alle singole malattie intestinali.

Nelle esacerbazioni temporarie questa nevralgia lascia spesso riconoscere un tipo, il quale non sempre sta in dipendenza dall'ingestione di alimenti. Terribili sono specialmente la sera e le prime ore della notte, mentre sopravviene la calma sul mattino.

Nessun altro dolore esalta i bambini così crudelmente come la colica, sopra tutto quella che viene occasionata dai catarri intestinali. Le gambe vengono con grida forti, penetranti, incalmabili alternativamente piegate sull'addome e lanciate lontano, i talloni vengono fra loro fregati fino ad escoriarsi o il corpo viene disteso rigido in opistotono, il ventre curvo in avanti, per modo che il bambino riposando sull'occipite e sui talloni descrive un arco sul piano che lo sostiene. Presi in collo, si gettano i piccoli all'indietro, le manuccie sono convulsamente chiuse a pugno o graffiano con le unghie il proprio viso fino a far sangue - il capo caldo e rosso, cosperso di gocce di sudore. Il petto, che porto, era altra volta un immancabile mezzo di acquietarli, viene prontamente respinto, come se egli fosse l'apportatore di dolore.

La colica in seguito di flatulenze non è accompagnata da questo eccessivo esaltamento, ma invece da continua inquietudine e malessere.

La colica verminosa, ancora più leggiera, si caratterizza per la sua fugacità.

Nella colica vengono poste le diramazioni del sympathicus in uno stato di dolorosa eccitazione sia per stimoli abnormi, che interessano la mucosa intestinale sia per i moti convulsi che quegli stimoli risvegliano.

La *neuralgia vescicalis* (sempre accompagnata da spasmo vescicale), nella età infantile, il più spesso si attiene alla presenza di pietre nella vescica, le quali non sono punto rare. Non la cede in violenza a quella degli adulti e raggiunge talora il suo apice con convulsioni cloniche generali. Se il tenesmo si propoga al retto, allora di tanto in tanto sotto l'accesso viene prolassato il retto. — Come sintoma del catarro vescicale prodotto da raffreddamento, io osservai la nevralgia isolata al pari questo. Dietro testimonianze degne di fede essa viene eccitata anco dallo stimolo di vermi e dalla masturbazione (Pitha).

Emicrania.

La medesima generalmente comparisce nella prima epoca della vita se non è congenita. I più degli adulti, che vi sono soggetti, possono riportare l'affezione, con precisa memoria, fino alla età infantile. Il precoce sviluppo della nevrosi viene favorito da disposizione ereditaria: solamente gli accessi o sono da prima incompletamente sviluppati o irreconoscibili fra gli oscuri lamenti dei piccoli pazienti.

Henoch più « a cagione della rarità » potè far menzione di due fratelli da 8-10 anni, che già da vari anni soffrivano di *pronunziati* accessi di emicrania. Nell'un caso notavansi, durante l'accesso, dei fenomeni estatici e accresciuta sensibilità de' capelli nel pettinarli. Gli accessi comparivano allora ogni 2 mesi e duravano ciascuna volta da 2 fino a quattro giorni. Il padre soffriva di emicrania. Oltre a ciò esistevano fenomeni di anemia. In altri quattro casi dello stesso autore (risguardanti 3 bambine e 1 bambino) la madre era affetta da emicrania. La prima comparsa degli accessi dolorosi era avvenuta già al 5.° anno di vita, negli altri, nel 9.° o 10.°

Di speciale interesse è la seguente mia osservazione.

Digitized by Google

Emicrania congenita.

1860. *Augusta M. di* 11 *anni, snella, bene sviluppata di mente e di corpo, del resto sana per rapporto a tutte le sue funzioni. Gli accessi sono comparsi con intervalli di 4-6 settimane dalla nascita fino al presente. Essi incominciano con rossore del viso e da che la bambina può renderne conto, con un dolore dapprima leggiero, che tosto si fa sempre più violento, nella metà anteriore sinistra del capo e che raggiunge il suo massimo al punto di transazione dalla fronte alla tempia, occasionando forti lamenti. Un poco più tardi s' inietta l'occhio sinistro, le palpebre si tumefanno e la superiore si abbassa sì notevolmente da cuoprire quasi completamente l' intiero bulbo. La giovinetta non può più tardi sollevare, che poco, la palpebra. Lacrimazione, fotofobia e sensazione di puntura nell' occhio. La vista è turbata durante il parossismo. Il polso singolarmente lento e duro. Il dolore di capo fa corte pause, esiste continua nausea, il vomito agisce favorevolmente.*

I parossismi durano alcune volte 24 ore, costringono al riposo in letto e rendono per lo più le notti insonni. Col graduato diminuire di tutti i fenomeni riacquista sempre più la mobilità della palpebra.

Nella primissima gioventù gli accessi si davano a conoscere con una inquietudine ad un tratto sopravveniente, con pause di 4-6 settimane, che durava 1-2 giorni facendosi contemporaneamente l' appetito minore, apparendo il vomito e una irritazione inflammatoria dell' occhio sinistro. Allorchè la bambina ebbe appreso a parlare, si lagnò sempre del capo e in seguito più precisamente della parte sinistra. Dicesi che giammai la emicrania sia stata dalla parte destra.

L'uso prolungato della paulinia sorbilis (a. 2 grmm. giornalmente) diminuì considerevolmente la intensità degli accessi. Non fu possibile trovare una indicazione causale.

Vertigine.

La sensazione del capogiro è in generale affatto estranea al bambino, sul che si fonda anco il suo precoce darsi ad esercizi di equilibrio e di ginnastica.

Quando però i bambini tendono ad accessi di capogiro, si ha ragione di temere seriamente: talora sono essi i primi precursori della epilessia.

Egli è probabile che la paura di cadere, che i bambini malati di cervello, tenuti in collo rivelano il più spesso con grida decise e piene di angoscia (specialmente nella meningite tubercolosa), tenga a un piccolo accesso di vertigine.

Non pericolosa è la vertigine da causa di malaria. La intermittens vertiginosa si manifesta nei bambini nella stessa guisa che negli adulti. Io mi sono notato due di tali casi.

Maggio 1864. *Una giovinetta di* 12 *anni lagnavasi da una settimana costantemente di dolore di capo e vertigine. A mezzo giorno sopravveniva calore, che persisteva fino a notte con vertigine ripetentesi. Il chinino vinse l' accesso e il ferro ristabilì affatto la bambina.*

Aprile 1864. *Martino B. di* 10 *anni. Da cinque giorni il bambino, tostochè a* 7 *ore antimeridine si è alzato, è preso da scintille innanzi agli occhi, si sente molto indisposto ed è colpito da capogiro a modo da non reggersi in piedi e da cadere perfino dalla seggiola, se non viene sorretto. Però dopo poco tempo rinviene, ma mantiene la tendenza alla vertigine e bisogna che venga condotto barcollante a scuola. In principio dell' attacco sembra verificarsi un accenno di freddo, più tardi un poco di calore. Alle* 11 *egli torna gaio dalla scuola e per tutto il dopopranzo mantiensi discretamente bene - appetito poco - la ottusità della milza è permanentemente più estesa; il bambino ha un colorito bianco-giallastro. Dopo l' amministrazione di* 60 *centigrammi di chinino presentasi il giorno seguente un altro accesso di vertigine considerevolmente più leggiero per quindi non più tornare.*

Iperestesia del Vago (10.° paio).

Fame canina (bulimia) ha luogo specialmente nella convalescenza di quelle malattie, nelle quali si verifica una notevole perdita di umori od una insufficiente, alimentazione prolungata molto tempo. La fame canina all'estremo grado dopo il typhus infantilis può valere come tipo, ma si osserva egualmente anco dopo gravi ipertossi, dove ora complicazioni febbrili inflammatorie della durata di settimane, ora il rigettare qualunque nutrimento apportano un estremo dimagramento e collapso. — Notevole è la fame canina, che spesso apparisce dopo una febbre intermittente, non ha guari superata, essa sembra dimostrare la intensità, con cui il veleno da malaria impedisce la formazione del sangue, come pure non è d'uopo di molti parossismi d'intermittente per originare un aspetto cachettico, idropisie o stomatite ulcerosa, sintoma di generale debolezza. Quasi caratteristica è la bulimia nella consunzione rachitica, perchè accompagnata da dimagramento.

La *polidipsia* nella diarrea, cholera, forti emorragie è comune ai bambini e agli adulti. Secondo Romberg la età infantile soprattutto, dal 3.° anno fino alla pubertà, dispone alla polidipsia primaria, alla sete inestinguibile, senza altro riconoscibile turbamento. La polidipsia di grado mediocre - bere molto e frequentemente acqua - è per altro una giornaliera osservazione in bambini sani.

La *pica*, la voglia di sostanze, che sono fuori della categoria degli alimenti e che sono perfino

Digitized by Google

sporche e ripugnanti, si manifesta nei bambini nel modo più svariato. Notissimo è il *mangiar calce* da bambini rachitici di 2 e 3 anni. Sembra talora essere così irresistibile, che i bambini dispiegano un'accortezza e un ingegno di gran lunga superiore al loro ordinario grado di percezione per raggiungere il vietato godimento. Essi rammentano con ciò i polli, che tenuti a lungo sotto il paniere, tostochè si lasciano scappar fuori, subito si affrettano alla parete più prossima per beccare della calce. Nei due casi si deve rispettare, nell'appetito apparentemente pervertito, un grande bisogno dell'organismo e può esso servire nei bambini ad additare la cura. Solo una volta ho osservato un bambino di contadini, il quale, in principio del 2.° anno di vita, mangiava la *polvere* del pavimento della stanza per cambiarla più tardi con la calce.

Da tutti generalmente conosciuto e giustamente giudicato, ma fino a qui inesplicabile scientificamente, è l'enorme consumo *di lavagna*, *grafite*, *fave di caffè*, *grani crudi di riso*, che già assai per tempo fanno nelle scuole giovinette clorotiche ed anemiche.

In una forma affatto ributtante osservai la pica in una bambina rachitica e tubercolosa di due anni. La medesima consumò a poco a poco la sua bionda capigliatura. Se la bambina non dormiva, di giorno come di notte, apatica, quieta nel suo letticciuolo, incessantemente avvoltolava lentamente uno o più capelli sulle dita, quindi li strappava e li inghiottiva. Ciascuna evacuazione alvina portava seco un involto di capelli. Tutte le misure che furono prese per impedire la descritta manovra, furono sempre rese inutili dalla bambina; le riuscì sempre di liberarsi una mano od un dito. La morte avvenne in completa inanizione.

Anna S., a cui nel secondo anno di vita aveva incominciato a svilupparsi un carcinoma dalla diploe del temporale destro, il quale poco a poco raggiunse la grandezza di una testa, aveva dapprima mangiato, dopo profuse emorragie dal tumore (nel 4.° anno di vita), la ceralacca delle lettere, che ella trovava nella cesta da fogli del padre. Mentre essa da principio mangiava insieme dei pezzetti di carta attaccati alla ceralacca, prese più tardi sempre più gusto alla carta stessa. Lo stato disperato della bambina rendeva i genitori pronti a qualunque concessione e così la paziente consumò infine regolarmente entro 14 giorni un libro (24 fogli) che le fu procurato. Ella ne staccava delle strisce lunghe e strette, le avvolgeva nelle mani da farne delle piccole pallottole, le masticava fino a renderle molli per quindi deglutirle. Oltre a ciò consumava grandi dosi di zucchero e beveva molta acqua.

Clara M., che per l'innanzi mangiava la calce delle pareti e la grafite dei lapis, divenne, dal suo secondo anno di vita fino al quarto, ghiotta del sapone (sia del sapone a base di potassa che di soda), del grasso delle candele, stearina, le quali ella si procura con molta astuzia. Alla età di 3 anni, quando io vidi per la prima volta la bambina, era ben nutrita da sembrare sana. Solo con un accurato esame scuoprivansi alcuni leggieri residui di rachitide (che non poteva essere stata mai considerevole); parimente insignificanti erano i disturbi non dubbi di verminazione, per cui io non seppi riportare la pica particolare di questo caso ad alcuno stato patologico.

Iperestesia del collo della vescica.
Enuresis nocturna et diurna.

Questo male inerente alla età infantile non tiene ad alcuna lesione materiale della mucosa o della muscolare della vescica. Il suo carattere nervoso si appalesa evidente per le intermissioni, così complete, come subitanee, che subisce, per la influenza che vi esercitano la volontà e molti affetti dell'animo e per la guarigione spontanea con la quale sparisce per lo più in certi determinati anni della vita. Così pure anco i numerosi rimedi vantati, la cui temporaria efficacia non è da negare, appartengono quasi tutti alla classe dei nervini.

Se generalmente il male è detto enuresis nocturna, con ciò viene messa in rilievo solo la maniera più frequente e più molesta della sua comparsa, ma non già l'intiera affezione. Infatti la più parte dei bambini, che soffrono di enuresis nocturna, non sono nemmeno nel giorno, per quanto ha riguardo alla escrezione dell'orina, liberi da certe abnormità, che stanno con quella in istretto nesso. La più parte di essi orinano in primo molto più frequentemente che i loro coetanei e lo stimolo li coglie ciascuna volta così all'improvviso, che essi non sì tosto possono compiere i necessari preparativi per soddisfarvi, che spesso le prime gocce troppo presto ne sono colate. Anzi in bambini nel 4.° e 5.° anno di vita scorre l'orina inavvertitamente per le vesti, se la attenzione è rivolta al giuoco e solo la umidità e il freddo alle gambe li rendè consci dell'accaduto.

La enuresis è una neurosi locale, uno stato di eccitabilità morbosamente aumentata del collo della vescica; già una piccola quantità di orina nella vescica risveglia le fibre nervose del collo medesimo così fortemente da venirne occasionata, per via reflessa, la contrazione del detrusor e quello eccitamento con le sue conseguenze avviene così irresistibilmente, che la volontà nello stato di veglia diviene ben presto impotente sullo sfintere, agente in senso opposto e nel sonno non entra nemmeno in giuoco. Il bambino non si sveglia per quelli stimoli e percepisce in sogno tutto al più delle oscure immagini di ciò, che avviene. Tremito del corpo, è stato più volte osservato.

Digitized by Google

I gradi più leggieri di questa iperestesia del collo della vescica s' incontrano frequentemente nei bambini, senza che si abbia una reale enuresis. Questi si osservano sempre in bambini di maggiore età, cui obviano, ponendo attenzione al più leggiero stimolo di giorno ed abituandosi di notte ad alzarsi ad ore determinate. A tali bambini dev'essere rilasciato il desiderato attestato medico che li autorizzi a lasciare la stanza di lezione anco nelle ore di scuola. In adulti, specialmente nelle donne, nelle quali si verifica più spesso, questa iperestesia diviene la fonte di molti imbarazzi in società.

Generalmente la enuresis esiste molto per tempo come per continuazione della escrezione involontaria dell' età dell' allattamento. Essa viene quindi nel 2.ª e 3.° anno di vita considerata il più spesso come un' abitudine non perduta e più seriamente giudicata, dopo che i rimedi pedagogici furono invano esauriti. Più raramente essa insorge a questa epoca ed anco più tardi (al 7.° anno) ma allora, ordinariamente, dopo il decorso di malattie acute e croniche.

Degno di nota è il predominio del sesso mascolino. — Autunno e inverno favoriscono la enuresis, mentre cadono le pause libere in estate.

I bambini, quasi senza eccezione, mostrano i residui e i sintomi della superata od ancora florida rachitide e scrofolosi e sono o gracili, pallidi, sensibili o di natura stupida e flemmatica.

La enuresis non è mai una malattia continua, al contrario è soggetta a molte oscillazioni, che sembrano spontanee, perchè la cagione del pronto cessare come quella dei peggioramenti rimane spesso nascosta. Con un tenore di vita affatto eguale, il letto viene bagnato successivamente una o più volte, ora si verificano degli intervalli di alcune buone notti, come nel giorno. Delle pause di mesi si spiegano per certe influenze esterne (soggiorno alla campagna, bagni freddi, medicamenti ecc.).

Mentre la volontà e i buoni proponimenti non rimangono senza effetto, ma danno solo poca garanzia, la vergogna spesse volte la può sulla malattia. Evidentissimo fu questo in un bambino di 7 anni, di molto delicato sentire; all' ingresso di una giovine e pulita cameriera nella casa, egli pregò i genitori di non confidarle niente del suo mancamento e si mantenne bravo di fatto per tre mesi, alzandosi tutte le notti senza essere svegliato. Frattanto la disgrazia si rinnovò, ma fu pur finita con la guarigione e adesso il ragazzetto di 11 anni considera il suo ributtante mancamento con una cinica indifferenza.

I peggioramenti dell' incomodo vengono regolarmente occasionati da passaggieri o più profondi disturbi della salute,

In molti bambini esso cede spontaneamente al 10.° o 11.° anno, in altri solo nel 14.° e 15.° od anco più tardi, per cui sembra che lo sviluppo della pubertà co' suoi nuovi e potenti eccitamenti eserciti una salutare derivazione.

Siccome nella enuresis, secondo la mia opinione, si tratta di un disturbo nervoso, così io desidero avvertire le molte altre manifestazioni di turbata funzione nervosa, che spesso con quella vanno insieme.

Un certo numero di bambini affetti da enuresis, che vennero sotto la mia osservazione, avevano da tempo superati degli accessi di eclampsia, mentre ancora erano profondamente affetti da rachitide.

Un bambino di 10 anni, che soffriva molto di dolore di capo e di un' inquietudine quasi continua da rammentare la chorea, aveva avuto negli ultimi tre anni degli accessi di convulsione della durata di più ore, all' ultimo dei quali io fui presente. Io dovetti riportare il medesimo nella categoria degli isterici. Ancora molti altri bambini, e bambine mostrano, in maniera da tenere inquieti, quella costituzione nervosa, per la quale non abbiamo alcuna più precisa designazione.

II. — Nevrosi di motilità

(Spasmus nutans)

Questa forma di convulsioni prodotta dalla cooperazione uniforme e ripetuta dei due flessori della testa, specialmente dei recti capitis antici majores et minores, che fino a qui non fu osservata che nei bambini, ha trovato un posto speciale fra le neurosi con nome differente di convulsione infantile di Salaam, flessione convulsiva del capo, (Nick-Grüsskrampf) ed ha avuto in Ebert un monografista (Charité Annalen 1851). Solamente chi scorre i casi non numerosi, che sono stati pubblicati, riconoscerà che vengono qui collegati dei processi morbosi molto differenti pel nome di un sintoma culminante.

Di già Ebert richiamò l'attenzione su ciò che lo spasmus nutans non è generalmente il solo movimento convulsivo nei bambini e di fatto trovasi nella letteratura appena un caso solo genuino di questa maniera convulsiva.

A prima vista realmente si differenziano i casi in quanto lo spasmus nutans, in alcuni di essi, costituisce solo un sintoma di secondo ordine nel quadro di una grave affezione centrale, mentre in altri casi leggieri è il fenomeno principale e insieme con esso apparivano alcuni moti convulsivi in altri gruppi muscolari.

La osservazione più semplice è quella di Henoch (Beiträge I. S. 105), in cui un bambino di 1 ½ anno durante una cholera febbrile congiunta a notevole prostrazione di forze, mostrava frequentemente di giorno, ad occhi chiusi, dei movimenti convulsivi di flessione della testa. Cholera e convulsione scomparvero dopo otto giorni.

Il più spesso vanno insieme affezioni spasmodiche dei muscoli degli occhi e convulsiva fles-

Digitized by Google

sione del capo. Così rovesciamento in alto della pupilla, specialmente di mattina allo svegliarsi in un bambino di 6 mesi lottante con le prime difficoltà della dentizione. Affatto simile era un secondo caso parimente di Romberg (1) osservato in un bambino di otto mesi. In due osservazioni di Ebert (l. c.) concernenti un bambino di 10 mesi ed una bambina di 8 mesi, esistevano nystagmus e nictitatio. Il primo caso era insorto nella convalescenza di differenti gravi malattie di petto e caratterizzato da più recidive nel corso dell'anno seguente, giammai comparve in questo caso la flessione della testa senza nystagmus, sì bene l'ultimo senza quella.

Appartengono inoltre a questa categoria ancora due casi di Henoch (Beiträge II. S. 103) che furono osservati in bambini di nove anni.

Anco negli altri casi (da rammentare più tardi) complicati da gravi fenomeni cerebrali erano stati per lo più interessati anco i muscoli dell'occhio.

Altre forme convulsive, oltre le non ha guari menzionate, trovansi nelle seguenti osservazioni; in una bambina robusta di 11 anni (Henoch, Beiträge I. S. 23) delle rapide flessioni del capo aprivano una convulsione del diaframma, suscitata per via reflessa dalla faringe, affetta da infiammazione cronica. — In un bambino di 9 mesi (stesso autore) che era rachitico e che per lo innanzi aveva sofferto di eclampsia e di spasmus glottidis, estendevansi i moti convulsivi a tutta la parte superiore del corpo ed erano così violenti che il capo fu talora curvato fin quasi ai ginocchi.

Altre volte, alternanti con lo spasmus nutans, furono notati dei movimenti laterali del capo e distorsioni della faccia.

A queste osservazioni di altri io posso aggiungerne una propria (vedi art. contrattura), nella quale una bambina di 11 anni profondamente anemica durante una arthrogryposis (2) spastica cadde nello spasmus nutans.

Tutti i precedenti casi ebbero più o meno presto un felice esito e interessarono i medici a cagione della loro rarità.

In forme morbose affatto differenti trovasi frammisto il resto delle pubblicazioni che si hanno fino a qui sullo spasmus nutans.

Guglielmo Newnham, che nel 1849 sembra avere reso di pubblica ragione i primi casi di Salaam convulsion of infancy, narra che un bambino di 16 mesi, che n'era affetto, 2½ mesi più tardi fu preso da paresi e infine da paralisi degli arti destri; ne seguitò di poi espressione ottusa del volto e convulsioni di tutto il corpo. Il capo venne da prima volto in dietro e quindi violentemente piegato verso i piedi, che a loro volta vennero spinti in alto. Il bambino rimase debole di mente. — In altri tre pazienti del medesimo medico si svilupparono più tardi debolezza di mente, paraplegia ed emiplegia.

Altra storia imbrogliata racconta il Dott. Steinrück (presso Ebert l. c.). La parte principale consiste in questo, che un bambino scrofoloso, di 3 anni, stato raramente sano divenne infermo.

(1) Klinische Wahrnehmungen von Henoch und Romberg 1851. S. 56. 57.

(2) Da ἄρθρον articolazione e γρυπός curvo, curvatura, flessione di articolazione.

Plagge. — *Sulla terapia delle malattie del cuore.* (Memorab., 1864). Schmidt's Jahrbücher N. 9, 1866.

La circostanza che la *digitale*, l'*ancora sacra* dei pratici, ha il suo lato pericoloso nell'ordinaria maniera di propinarla, tanto più che non tutti gli infermi possono venire indotti a mantenere a lungo la posizione orizzontale, portò l'autore a ricercare un rimedio, il quale riunisse tutti i vantaggi della digitale contro le malattie cardiache e ne evitasse i danni. Questo consiste nella metodica unione della digitale colla *vescica di ghiaccio*. Teoreticamente egli appoggia questo metodo enumerando esperimenti (di Harvey, Humboldt, Pickford) secondo i quali i cuori degli animali pulsano più adagio, appena vengano a contatto col freddo; e di più ancora, per la forza minorativa dei movimenti cardiaci, che esercita (come insegna l'esperienza) l'applicazione del freddo nella pericardite e nella endocardite, non che per alcuni sperimenti, pei quali nei febbricitanti il polso diminuisce di 10-15 battute, tosto che siano avviluppati in un lenzuolo freddo. Perciò l'autore a' suoi infermi di vizi cardiaci; 1.°) faceva tenere sulla regione del cuore una fiasca d'acqua della capacità d'una foglietta, liscia, di vetro o di latta (boccetta da acquavite), con acqua ghiacciata, rinnovata 3-4 volte dal mattino alla sera; 2.°) nell'atto di porsi a dormire, faceva prendere 15-20 goccie di tintura di digitale. Questa pratica per lo più ha il vantaggio, che entro 14 giorni svaniscono tutti i fenomeni secondari, *guaribili*, della lesione cardiaca, e gli infermi eziandio divengono relativamente capaci di lavorare. In alcuni casi sono necessarie limitazioni speciali di questa cura: nei vizi cronici delle valvole e dei fori, bisogna abbandonare la digitale, e devesi tenere la notte la fiasca di acqua; e lo stesso dicasi del palpito di cuore puramente nervoso, in cui la boccia sola, dopo alcune settimane, spesso induce una guarigione radicale, ottundendo l'irritabilità del cuore. Nella dilatazione considerevole con assottigliamento delle pareti di tutto il cuore o d'alcune sezioni, tanto la boccia con ghiaccio, che la digitale, sono dannose, e piuttosto conviene il ferro.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

INDICE

DELLE MATERIE E DEI NOMI DEGLI AUTORI

A

Afasia - Intorno ad alcuni casi di - recentemente pubblicati - *Bonfigli*, p. 314.
Aforismi pratici sulla difterite - *Jaffe*, p. 352.
Ago - Effetti dell'ingestione di un - comparsa ed estrazione del medesimo dall'epigastrio - *Massa*, p. 365.
Agrafia - *Ferber*, p. 158.
Albu, p. 64.
Albuminuria - Dell' - e dei turbamenti della nutrizione delle membra inferiori da alterazione della midolla spinale - *Perroud*, p. 26.
Albuminuria - Studi critici e contribuzioni alla patologia della - *Correnti*, p. 121.
Alcaloidi del thè e del caffè - Differenza quantitativa dell' assorbimento degli - *Binz*, p. 128.
Alienati - Il bagno contentivo per la doccia e l'alimentazione forzata degli - ecc. - *Lombroso*, p. 178.
Alimentazione forzata - Il bagno contentivo per la doccia e l' - degli alienati ecc. - *Lombroso*, p. 178.
Altstädter, p. 81.
Aneurisma dell'arco della aorta - *Wagner*, p. 159.
Aneurisma - Un caso di guarigione di un - dell'arteria femorale - *Schneider*, p. 288.
Aneurismi - Iniezioni ipodermiche di ergotina negli - *Langenbeck*, p. 192.
Aorta - Aneurisma dell'arco della - *Wagner*, p. 159.
Apparecchio a ferule gessate di Maisonneuve - *Tillaux*, p. 95.
Apparecchio inamovibile nella artrite acuta - *Concato*, p. 65.
Archambault, p. 174.
Arteria femorale - Un caso di guarigione di un aneurisma dell' - *Schneider*, p. 288.
Arterie centrali delle retine - Un caso di embolie delle - e di alcuni capillari cerebrali per gastrorragia - *Luciani*, p. 138.
Artrite acuta - Apparecchio inamovibile nella - *Concato*, p. 65.
Ascesso epatico - *Corazza*, p. 274.
Ascesso retro-peritoneale - Caso di - con degenerazione amiloidea degli organi addominali ecc. - *Naumann*, p. 284.
Assorbimento - Differenza quantitativa dell' - degli alcaloidi del thè e del caffè - *Binz*, p. 128.
Atrofia gialla del fegato - Un caso di - *Paulicki*, p. 62.

B

Bagno contentivo - Il - per la doccia e l'alimentazione forzata negli alienati ecc. - *Lombroso*, p. 178.
Bambini - Le malattie nervose dei - *Bohn*, p. 374.
Bambini - Sulla cura dell'insonnio nelle affezioni acute dei - *Kennedy*, p. 157.
Barth, p. 174.
Bauer, p. 255.
Beck, p. 223.
Beckler, p. 89.
Begbie, p. 210.
Bergeret, p. 32.
Bernutz, p. 210.
Beveridge, p. 219.
Billroth, p. 221.
Binz, p. 128.
Bizzozero, p. 30—369.
Blachez, p. 63.
Blaschko, p. 95.
Böhme, p. 89.
Bohn, p. 374.
Bonfigli, p. 69—314.
Bottini, p. 191.
Bouchard, p. 89—155.
Bouley, p. 174.
Bricheteau, p. 256.
Briquet, p. 174.
Bromo - Sull'azione e sull'uso terapeutico del - e suoi preparati - *Pletzer*. *Rooke*, *Ozanam*, p. 346.
Brown-Séquard, p. 191, 192.
Bronchi - Un caso di croup cronico dei - *Waldemburg*, p. 192.
Busch, p. 126.

C

Cachessia palustre, tentativo di cura colla trasfusione del sangue - *Concato*, p. 257.
Caffè - Differenza quantitativa dell'assorbimento degli alcaloidi del thè e del - *Binz*, p. 128.
Cancro - Comunicazione di un caso di contemporanea evoluzione acutissima del - e del tubercolo - *Piattelli*, p. 105.
Cancro - Sul - dello stomaco - *Concato*, p. 33.
Capillari cerebrali — Un caso di embolia delle arterie centrali delle retine e di alcuni - per gastrorragia - *Luciani*, p. 138.
Capo - Sopra un metodo semplice per operare radicalmente i tumori cistici della pelle del - *Krafft-Ebing*, p. 156.
Carcinoma — Contemporanea evoluzione di tubercolosi polmonare e di - dello stomaco e del fegato - *Pierazzini*, p. 171.
Carcinoma epiteliale - Sulla cura del - del collo e della cavità dell'utero - *Routh*, p. 217.
Carcinoma - Un caso di temperatura iperpiretica ed un caso di esito febbrile del - *Busch*, p. 126.
Casali, p. 42—109.
Cattaneo, p. 254.
Chappet, p. 190.
Charcot, p. 135.
Chauffard, p. 174.
Chinino - Sui succedanei del - nella cura delle febbri intermittenti - *Montgomery*, p. 256.
Chorea germanorum - Un caso di - *Perl*, p. 317.
Cistosarcoma multiloculare ovarico - Storia di ovariotomia per - seguita dalla guarigione - *Peruzzi*, p. 157.
Cistotomia sotto-pubica - Due storie di - *Violani* e *Rizzi*, p. 208.
Cistotomo - Di un nuovo - proposto pei vari metodi del taglio perineale - *Loreta*, p. 132.
Clorato di potassa - Il - quale

Digitized by Google

nuovo mezzo curativo dell' epitelioma - *Mancini*, p. 225.
Clorato di potassa - Il - a cura dell'epitelioma - *Mancini*, p. 80.
Cloralio idrato - Ricerche terapeutiche sul - nuovo ipnotico ed anestetico - *Liebreich*, p. 281.
Colecistite suppurativa, formamazione d' ascesso e apertura attraverso le pareti dell' addome - *Vecchietti*, p. 1.
Colite ulcerativa e trombosi della subclavia - Un caso di - *Bonfigli*, p. 69.
Colotomia - Osservazioni sulla - *Rose*, p. 148.
Concato, p. 33—65—257.
Contribuzioni cliniche alla psichiatria - Lipsia 1869 - *Wigand*, p. 160.
Corazza, p. 13—39—274.
Corpi restiformi - Lesioni dei - *Brown-Séquard*, p. 191.
Correnti, p. 121.
Costituzionale - Sulla origine - di alcune affezioni dei tessuti interni del globo oculare - *Hibbert-Taylor*, p. 320.
Cranio - Comunicazione di due casi di lesione del - *Mozer*, p. 215.
Cromidrosi - Un caso di - *Lombroso*, p. 205.
Croup cronico - Un caso di - dei bronchi - *Waldemburg*, p. 192.
Cuore - Sulla terapia delle malattie del - *Plagge*, p. 380.
Curtze, p. 224.

D

Dalla Rosa, p. 230.
Degenerazione amiloidea - Caso di ascesso retro-peritoneale con - degli organi addominali ecc. - *Naumann*, p. 284.
De-Giovanni, p. 97.
Desgranges, p. 43.
Diagnosi differenziale del tifo - Lezione clinica sulla - *Skoda*, p. 85.
Difterite - Aforismi pratici sulla - *Jaffe*, p. 352.
Difterite laringea - Del trattamento della - *Albu*, p. 64.
Dismenorrea - Sulle cagioni e sulla cura della - e della sterilità ecc. - *Küchenmeister* e *Altstädter*, p. 81.
Dispepsia nervosa - Lezione clinica sulla - *Polloek*, p. 154.
Dispepsia ribelle guarita col lievito - *Bergeret*, p. 32.
Dispnea - Osservazioni sul diagnostico della - *Salter*, p. 60.
Dissertazione - Sulla - del Dottor Ignazio Zani — *Dell' aumento della popolazione ne' manicomi, delle cure e dei rimedi* - *Federici*, p. 288.
Distocia in causa di ulcere sifilitico al collo dell' utero - *Putegnat*, p. 255.
Dujardin-Beaumetz, p. 350.

E

Edema della glottide; stomatite gangrenosa; morte per asfissia - *Santopadre*, p. 75.
Echinococco della milza guarito - Un caso di - *Uterhart*, p. 96.
Ehrle, p. 124.
Elettro-terapia - La - nella paralisi del nervo oculo-motorio - *Gozzini*, p. 125.
Ematopoetica - Sulla funzione - del midollo delle ossa - *Bizzozero*, p. 30.
Embolie capillari - Ricerche cliniche e sperimentali sulle - *Feltz*, p. 15.
Embolie - Un caso di - delle arterie centrali delle retine e di alcuni capillari cerebrali per gastrorragia - *Luciani*, p. 138.
Emopericardite acuta - *Corazza*, p. 39.
Emorragia cerebrale - Nuove ricerche sulla patogenesi della - *Charcot* e *Bouchard*, p. 155.
Eucefalopatia - Errore nello scrivere (agrafia) fatto abitualmente da una ammalata per - *Ferber*, p. 158.
Enfisema cutaneo - Nota sulla percussione nell' - e sulla particolare attenzione che merita quando è nelle pareti toraciche ecc. ecc. - *Corazza*, p. 13.
Epatite primaria suppurativa - Storia di due casi di - *Corazza*, p. 274.
Epidemico - Sull' influenza del genio - sul decorso d' alcune malattie chirurgiche - *Billroth*, p. 221.
Epigastrio - Effetti dell' ingestione di un ago, comparsa ed estrazione del medesimo dall' - *Massa*, p. 365.
Epilessia in seguito di sifilide - *Blaschko*, p. 95.
Epilessia provocata - L' - *Brown Séquard*, p. 192.
Epitelioma - Il clorato di potassa quale nuovo mezzo curativo dell' - *Mancini*, p 225.
Epitelioma - Il clorato di potassa a cura del - *Mancini*, p. 80.
Ercolani, p. 111.
Erettili - Dei tessuti e degli organi - Sunto del Dott. Luigi Luciani - *Ercolani*, p. 111.
Ergotina - Iniezioni ipodermiche di - negli aneurismi - *Langenbeck*, p. 192.
Esame chimico d' un liquido tratto dalla cistifellea d'un fegato carcinomatoso - *Casali*, p. 109.

F

Fava di Calabar - Un caso di tetano reumatico guarito colla tintura della - *Schmitt*, p. 158.
Febbri intermittenti - Sui succedanei del chinino nella cura delle - *Mongomery*, p. 256.
Federici, p. 263—288.
Fegato carcinomatoso - Esame chimico di un liquido tratto dalla cistifellea d' un - *Casali*, p. 109.
Fegato - Contemporanea evoluzione di tubercolosi polmonare e di carcinoma dello stomaco e del - *Pierazzini*, p. 171.
Fegato - Un caso di atrofia gialla del - *Paulicki*, p. 62.
Feltz, p. 15.
Fenomeno respiratorio - Sul - di Cheyne e Stokes - *Fraenzel*, p. 249.
Ferber, p. 158.
Fermento morbifero - Sopra il - *De-Giovanni*, p. 97.
Ferule gessate - Apparecchio a - *Tillaux*, p. 95.
Feto - Rigidezza cadaverica del - quale impedimento al parto - *Curtz*, p. 224.
Fistola vescico-utero-vaginale riparata con sutura metallica - *Bottini*, p. 191.
Fosforo - Sull' uso interno del - *Dujardin-Beaumetz*, *Vigier*, *Tavignot*, p. 350.
Fournier, p. 256.
Fräntzel, p. 54—249.
Fratture complicate - Sulla cura delle - *Beck*, p. 223.

G

Galvagni, p. 8-161-193-353.
Gastrorragia - Un caso di embolie delle arterie centrali delle retine e di alcuni capillari cerebrali per - *Luciani*, p. 138.
Ginecologica - Comunicazioni dalla clinica - *Höning*, p. 94.
Gintrac, p. 210.
Glandule bronchiali - Sulle malattie delle - *Guénau de Mussy*, p. 152.
Glicerina - Della - *Steinthal*, p. 160.
Glioma - Due parole al Prof. Arcoleo sullo sviluppo del - della retina - *Manfredi*, p. 344.
Globo oculare - Sulla origine costituzionale di alcune affezioni dei tessuti interni del - *Hibbert-Taylor* - p. 320.
Golgi, p. 145.
Goupil, p. 174.
Gozzini, p. 125.
Guénau de Mussy, p. 146, 152.
Guerin, p. 174.
Guinier, p. 174.

H

Hasse, p. 286.
Heinze, p. 89.
Hérard, p. 174.
Heubner, p. 11.
Hibbert-Taylor, p. 320.
Hunter, p. 151.
Höning, p. 94.

I

Infiammazione periombellicale - Della - nella tubercolosi del peritoneo - *Vallin*, p. 180.

Digitized by Google

Ingestione di un ago - Effetti dell' - comparsa ed estrazione del medesimo dall' epigastrio - *Massa*, p. 365.
Iniezioni ipodermiche di ergotina negli aneurismi - *Langenbeck*, p. 192.
Iniezioni sotto-cutanee di stricnina - Vantagg delle - contro le paralisi - *Hunter*, p. 151.
Inosite - Sulla - *Casali*, p. 42.
Insonnio - Sulla cura dell' - nelle affezioni acute dei bambini - *Kennedy*, p. 157.
Inversione dell' utero - Sulla - *Langenbeck*, p. 93.
Ipnotico ed anestetico - Ricerche terapeutiche sul cloralio idrato, nuovo - *Liebreich*, p. 281.

K

Kennedy, p. 157.
Krafft-Ebing, p. 156.
Kristeller, p. 128.
Küchenmeister, p. 81.
Kussmaul, p. 210.

J

Jaffe, p. 352.
Jolly, p. 187.

L

Langenbeck, p. 93—192.
Liebreich, p. 281.
Liègey, p. 188.
Lievito - Dispepsia ribelle guarita col - *Bergeret*, p. 32.
Linguaggio - Sopra un caso di perdita parziale del - *Federici*, p. 263.
Lipodermoide congenito con difetto di sviluppo dell' occhio - *Manfredi*, p. 129.
Liquidi putridi - Sulla presenza d' un alcaloide nei - *Zuelzer* e *Sonnenschein*, p. 159.
Lombroso, p. 178—205—289, 321.
Loreta, p. 132.
Luciani, p. 138—168.

M

Maggiorani, p. 185.
Magnan, p. 32.
Magnete - Il - ed i nervosi - *Maggiorani*, p. 185.
Malattie chirurgiche - Sulla influenza del genio epidemico sul decorso di alcune - *Billroth*, p. 221.
Malattia di Addison - Tre casi di - *Wolff*, p. 234.
Malattie mentali - Eziologia delle - in rapporto alla prognosi e cura - *Golgi*, p. 145.
Mancini, p. 80—225.
Manfredi, p. 129—344.
Massa, p. 365.
Meyer, p. 348.
Midolla spinale - Dell' albuminuria e dei turbamenti della nutrizione delle membra inferiori da alterazione della - *Perroud*, p. 26.
Midollo delle ossa - Sulla funzione ematopoetica del - *Bizzozero*, p. 30.
Midollo delle ossa - Studi sul - *Bizzozero*, p. 369.
Migrazione imperfetta dei testicoli - Degli accidenti legati alla - *Valette*, p. 183.
Milza - Sulla palpazione della - *Ritter*, p. 288.
Milza - Un caso di echinococco della - *Uterhart*, p. 96.
Montgomery, p. 256.
Mozer, p. 215.

N

Naumann, p. 284.
Nervo oculo-motorio - La elettroterapia nella paralisi del - *Gozzini*, p. 125.
Nervose - Le malattie - dei Bambini - *Bohn*, p. 374.
Notizie terapeutiche - p. 191.
Nutrizione delle membra inferiori - Dell' albuminuria e dei turbamenti della - da alterazione del midollo spinale - *Perroud*, p. 26.

O

Occhio - Lipodermoide congenito con difetto di sviluppo dell' occhio - *Manfredi*, p. 129.
Ossa - Sul midollo delle - Studi - *Bizzozero*, p. 369.
Ovariotomia - Storia di - per cistosarcoma moltiloculare ovarico seguita dalla guarigione - *Peruzzi*, p. 157.
Ozanam, p. 346.

P

Palpazione della milza - Sulla - *Ritter*, p. 288.
Paralisi generale - Della - *Magnan*, p. 32.
Paralisi - Vantaggi delle iniezioni sotto-cutanee di stricnina contro le - *Hunter*, p. 151.
Parto - Rigidezza cadaverica del feto quale impedimento al - *Curtze*, p. 224.
Parto - Sulla dottrina della rottura dell' utero sotto al - *Jolly*, p. 187.
Paulicki, p. 62.
Pécholier, p. 174.
Pellagra - Studi clinici ed esperimentali, sulla natura, causa e terapia della - *Lombroso*, p. 289, 321.
Periombellicale - Della infiammazione - nella tubercolosi del peritoneo - *Vallin*, p. 180.
Peritoneo - Caso di ascesso retroperitoneale con degenerazione amiloidea degli organi addominali e formazione di sarcoma secondario nelle pareti dell' ascesso e nel - *Naumann*, p. 284.
Peritoneo - Della infiammazione peri-ombellicale nella tubercolosi del - *Vallin*, p. 180.
Peritonite - Sulla - ad essudato sieroso e siero fibrinoso ecc. - *Galvagni*, p. 161, 193, 353.
Perl, p. 317.
Perroud, p. 26.
Peruzzi, p. 157.
Piattelli, p. 105.
Pierazzini, 171.
Pileflebite - Comunicazione di un caso di - con osservazioni diagnostiche - *Fräntzel*, p. 54.
Placenta - Osservazioni sulla ritenzione della - e considerazioni sulle malattie puerperali - *Liegey*, p. 188.
Plagge, p. 380.
Pletzer, p. 346.
Pneumatosi intestinale - Sulla puntura nella - *Bricheteau*, p. 256.
Pneumonite - Contributo alla dottrina della - *Böhme*, *Bouchard*, *Heinze*, *Beckler*. *Popham*, p. 89.
Poggiale, p. 174.
Pollock, p. 154.
Ponte del Varolio - Sopra un caso di malattia del - *Beveridge*, p. 219.
Popham, p. 89.
Porpora - Sulla - e sull' uso della segala cornuta contro di essa - *Bauer*, p. 255.
Prurito della vulva - Sul - *Guénau de Mussy*, p. 146.
Psichiatria - Contribuzioni cliniche alla - Lipsia 1869 - p. 160.
Pueperali - Osservazioni sulla ritenzione della placenta e considerazioni sulle malattie - *Liegey*, p. 188.
Puntura - Sulla - nella pneumatosi intestinale - *Bricheteau*, p. 256.
Putegnat, p. 255—320.

R

Ragguaglio clinico dello spedale civile di Trento nell' anno 1868 - *Dalla Rosa*, p. 230.
Raynaud, p. 210.
Retina - Due parole al Prof. Arcoleo sullo sviluppo del glioma della - *Manfredi*, p. 344.
Retro-peritoneale - Caso di ascesso - con degenerazione degli organi addominali ecc. - *Naumann*, p. 284.
Rientramento sistolico - Due fatti che infirmano il valore diagnostico del - *Galvagni*, p. 8.
Rigidezza cadaverica del feto quale impedimento al parto - *Curtze*, p. 224.
Ritter, p. 288.
Rizzi, p. 208.
Rooke, p. 346.
Rose, p. 146.
Routh, p. 217.
Rumore cardiaco - Un - non ancora descritto - *Putegnat*, p. 320.

S

Salter, p. 60.
Santopadre, p. 75.
Sarcoma secondario - Caso di ascesso retro-peritoneale con degenerazione amiloidea degli organi addominali e formazione di - nelle pa-

Digitized by Google

reti dell' ascesso e nel peritoneo. - *Naumann*, p. 284.
Scheider, p. 288.
Schmitt, p. 158.
Sciatica blennorragica - Della - *Fournier*, p. 256.
Segala cornuta - Sulla porpora e e sull' uso della - contro di essa - *Bauer*, p. 255.
Seni cerebrali - Contributo alla sintomatologia della trombosi dei - Sunto critico del Dott. Corazza - *Heubner*, p. 11.
Sifilide - Epilessia in seguito di - *Blaschko*, p. 95.
Sistolico - Due fatti che infirmano il valore diagnostico del rientramento - *Galvagni*, p. 8.
Skoda, p. 85.
Sonnenschein, p. 159.
Spandimenti pleuritici - Cura degli - colla toracentesi capillare - *Blachez*, p. 63.
Steinthal, p. 160.
Sterilità - Sulle cagioni e sulla cura della dismenorrea e della - ecc. - *Küchenmeister* e *Altstädter*, p. 81.
Stomaco - Contemporanea evoluzione di tubercolosi polmonale e di carcinoma dello - e del fegato - *Pierazzini*, p. 171.
Stomaco - Sul cancro dello - *Concato*, p. 33.
Stomatite gangrenosa; edema della glottide; morte per asfissia - *Santopadre*, p. 75.
Strabotomia - Della cura successiva alla - *Luciani*, p. 168.
Stricnina - Vantaggi delle iniezioni sotto-cutanee di - contro le paralisi - *Hunter*, p. 151.
Succo gastrico del cane - Tumore canceroso curato e guarito col - *Tansini*, p. 127.
Sutura metallica - Fistola vescico-utero-vaginale riparata con - *Bottini*, p. 191.

T

Taglio perineale - Di un nuovo cistotomo proposto per vari metodi del - *Loreta*, p. 132.
Tansini, p. 127.
Tavignot, p. 350.
Temperatura iperpiretica - Un caso di - ed un caso di esito febbrile del carcinoma - *Busch*, p. 126.
Terapeutiche - Notizie - p. 159.
Terapia - Sulla - delle malattie del cuore - *Plagge*, p. 389.
Termometria - Una innovazione nella parte tecnica della - *Ehrle*, p. 124.
Testicoli - Degli accidenti legati alla migrazione imperfetta dei - *Valette*, p. 183.
Testicolo - Lezioni sui tumori del - *Desgranges*, p. 43.
Tetano reumatico - Un caso di - guarito colla tintura di fava di Calabar - *Schmitt*, p. 158.
Thè - Differenza quantitativa dell' assorbimento degli alcaloidi del - e del caffè - *Binz*, p. 128.
Tifo - Lezione clinica sulla diagnosi differenziale del - *Skoda*, p. 85.
Tillaux, p. 95.
Toracentesi capillare - Cura degli spandimenti pleuritici colla - *Blachez*, p 63.
Toracentesi capillare - La - *Cattaneo*, p. 254.
Toracentesi - Digressione sulla - *Corazza*, p. 13.
Toracentesi - Sulla - sua esecuzione e indicazioni per eseguirla - *Archambault*, *Woillez*, *Hérard* ed altri - p. 174, 210.
Trasfusione del sangue - Cachessia palustre. tentativo di cura colla - *Concato*, p. 257.
Trasfusione del sangue - Due casi di - *Hasse*, p. 286.
Trombosi - Contributo alla sintomatologia della - dei seni cerebrali - Sunto critico del Dottor Corazza - *Heubner*, p. 11.
Trombosi della subclavia e colite ulcerativa - Un caso di - *Bonfigli*, p. 69.
Tubercolo - Comunicazione d' un caso di contemporanea evoluzione acutissima del cancro e del - *Piattelli*, p. 105.
Tubercolosi - Della infiammazione peri-ombellicale nella - del peritoneo - *Vallin*, p. 180.
Tubercolosi polmonale - Contemporanea evoluzione di - e di carcinoma dello stomaco e del fegato - *Pierazzini*, p. 171.
Tumore canceroso curato e guarito col succo gastrico del cane - *Tansini*, p. 127.
Tumore cerebrale - Osservazione di un - *Chappet*, p. 190.
Tumori cistici - Sopra un metodo semplice per operare radicalmente i - della pelle del capo - *Krafft-Ebing*, p. 156.
Tumori del testicolo - Lezioni sui - *Desgranges*, p. 43.
Ulcere sifilitico - Distocia in causa di un - al collo dell' utero - *Putegnat*, p. 255.

U

Uterhart, p. 96.
Utero - Distocia in causa di ulcere sifilitico al collo dell' - *Putegnat*, p. 255.
Utero - Sulla cura del carcinoma epiteliale del collo e della cavità dell' - *Routh*, p. 217.
Utero - Sulla dottrina della rottura dell' - sotto al parto - *Jolly*, p. 187.
Utero - Sulla inversione dell' - *Langenbeck*, p. 93.

V

Valette, p. 182.
Vallin, p. 180.
Vecchietti; p. 1.
Vigier, p. 350.
Violani, p. 208.
Vulva - Sul prurito della - *Guéneau de Mussy*, p. 146.

Z

Zuelzer, p. 159.

W

Wagner, p. 159.
Waldemburg, p. 192.
Wigand, p. 160.
Woillez, p. 174.
Wolff, p. 234.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

DI BOLOGNA

(CONTINUAZIONE DELL'EBDOMADARIO CLINICO)

DIRETTA

DAL PROFESSOR CAV. LUIGI CONCATO

COLLA COLLABORAZIONE

del Prof. Cav. Francesco Magni, Prof. Comm. Corrado Tommasi Crudeli, Prof. Cesare Lombroso
Prof. Giulio Bizzozero, Prof. Cav. Pietro Loreta, Prof. Cesare Federici

E

REDATTA

DAL DOTTOR ERCOLE GALVAGNI

ANNO NONO

BOLOGNA
TIPI FAVA E GARAGNANI AL PROGRESSO
1870

Digitized by Google

GERENTI DEL GIORNALE

Dott. ERCOLE GALVAGNI e Dott. GIOVANNI MARCHI

Digitized by Google

AVVISO AI MEDICI

Per i lettori consueti della **Rivista Clinica** non sarebbe stato mestieri pubblicare questo avviso perchè non è intenzione nostra mutare indirizzo e scopo al Giornale, ma sì d' introdurvi alcune piccole riforme le quali verrebbero in breve nitidamente dimostrate dal fatto. Ma essendo molti gli associati, nuovi venuti, a questi vogliamo significare come il Giornale comparisse la primavolta nel 1862, sotto il nome di Ebdomadario Clinico, e con la mira di raccogliere le osservazioni meglio istruttive alla pratica medica, di far palese con l' esperienza in qual modo possano applicarsi a illustrazione della Clinica le altre scienze naturali, infine di confermare la gioventù in quel metodo di ricerche e di prudenti deduzioni, in cui la medicina moderna si è messa, e del quale furono fondatori i miracolosi intelletti del Galilei e del Morgagni. Si promise di porre in bando dall' Ebdomadario le polemiche ciarliere che per amore d' una bugiarda e passaggera rinomanza sfruttano le forze più vive; le questioni aprioristiche, che le cose semplici e chiare ravvolgono di densa nebbia, e quelle ipotesi che fanno desiderare l' ignoranza, piuttosto d' una falsa dottrina (Vedi il Programma). Ci parve che questa dichiarazione dovesse essere bene accetta, e non c' ingannammo, attesochè come avviene che quando un'Opera soddisfa a un bisogno, ognidì più cresce nel favore del pubblico, così noi vedemmo il giornale da molti richiedersi, e in molte parti propagarsi, il che bastò a chiarirne della verità e dell' utilità dei principi da noi difesi, e con l' esempio mantenuti. Poscia nel 1867 fu dato il titolo di *Rivista Clinica* alla Gazzetta, che di settimanale divenne mensile, più una forma nuova e un ordine diverso; ma le rimase il medesimo scopo e la stessa Direzione. Oggi dopo aver provveduto ad alcuni interessi secondari dei medici con la pubblicazione del *Bollettino delle Condotte vacanti*, e delle formole più in uso per somministrare i medicamenti, abbiamo risoluto di adempiere a una necessità di maggior conto, mettendo insieme in *Riviste*, che usciranno di mese in mese secondo l' ordine qui sotto indicate, i sommari delle memorie recenti, e i cenni delle scoperte più degne di nota, seguiti ora sì ora no da qualche tocco di critica. Continueremo sempre a fornire una *miscellanea*, tutta materia di pratica, e racconti di casi clinici, annunzi bibliografici, e sunti delle Opere migliori nostrali e straniere.

Questi sono i perfezionamenti che per ora crediamo portarvi; per l' avvenire le daremo ancora un' altra mano se l' esperienza verrà a consigliarcelo. Intanto possono star sicuri i vecchi e i nuovi associati che noi ci studieremo al possibile perchè abbiano a spendere con frutto il tempo nel leggere i quattro fogli di stampa che compongono ciascuna Dispensa della **Rivista**.

DIRETTORE DEL GIORNALE

Prof. Cav. LUIGI CONCATO

COLLABORATORI

Prof. FRANCESCO MAGNI, Prof. CESARE LOMBROSO, Prof. CESARE FEDERICI, Prof. GIULIO BIZZOZERO, Prof. PIETRO LORETA, Dott. ERCOLE GALVAGNI

INCARICATI DELLA REDAZIONE

Prof. CESARE FEDERICI, Dott. ERCOLE GALVAGNI, Dott. GIOVANNI MARCHI

Digitized by Google

Rivista di Fisiologia — Prof. Luigi Concato. Uscirà nel mese di Dicembre.
» **di Patologia speciale medica e Terapia** — Prof. Cesare Federici e Dott. Clodomiro Bonfigli. Uscirà nei mesi di Gennaio, Aprile e Luglio.
» **di Patologia speciale chirurgica e Terapia chirurgica** — Prof. Pietro Loreta e Dott. Domenico Severi. Uscirà nei mesi di Febbraio, Maggio e Agosto.
» **di Ostetricia** — Dott. Ercole Fabbri. Uscità nei mesi di Marzo e Settembre.
» **di Anatomia Patologica** — Dottori Trebbi e Luigi Corazza. Uscirà nel mese di Giugno e Novembre.
» **di Oftalmoiatria** — Dott. Luigi Luciani.
» **di Igiene** — Uscirà nel mese di Ottobre.
» **di malattie cutanee e veneree** — Dott. Domenico Severi e Dott. Luigi Corazza.
» **di malattie mentali.**
» **di Bibliografia** — Dott. Luigi Corazza.

Provvederanno gli articoli per la **Miscellanea** i Signori Dottori Ercole Galvagni, Clodomiro Bonfigli e Giovanni Marchi.

PATTI D' ASSOCIAZIONE

Pel Regno — Un anno Ital. Lire 15. — Sei mesi Ital. Lire 8.
Per lo Stato Romano, Austria e Germania Lire 16 — Per gli altri paesi Lire 18.

Gli abbonamenti vengono accettati presso tutti gli J. R. Uffici Postali Austriaci.

I fascicoli riuniti del 1865, 1866, 1867, 1868 e 1869 della Rivista Clinica si vendono franchi di posta a Lire 30 pel Regno, e L. 25 più le spese postali per l' Estero.

Le domande di Associazione saranno spedite ai sottoscritti gerenti del giornale, o direttamente, oppure per mezzo degli Uffici postali di tutto il regno; lettere e gruppi non si ricevono che affrancati. — Il pagamento è anticipato, e l' associazione è obbligatoria per chi non l' ha disdetta un mese prima della rispettiva scadenza.

L' Ufficio della Rivista Clinica ora trovasi nello Spedale delle Cliniche detto di S. Orsola. Per quanto riguarda la spedizione del giornale bisogna rivolgersi alla Tipografia Fava e Garagnani, via Malcontenti N. 1802.

Bologna — Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 1. BOLOGNA 31 Gennaio 1870.

MEMORIE ORIGINALI

Dalla Clinica Medica di Bologna (Prof. L. Concato)

Sulla fisioigiologia e fisiopatologia del Cuore

NOTE

DEL

Prof. L. CONCATO.

Nota 1.ª — Il Professore Dott. Ioh. N. Gzermak, in un discorso popolare « del cuore e dello influsso » che sul medesimo esercita il sistema nervoso » tenuto il 9 Gennaio 1857, nella sala dell'edifizio nominato. « La Rosa » in Jena, dovette pur venire all'argomento interessantissimo, dell'antagonismo d'azione fra le due specie di nervi, i quali, per vie diverse, dal cervello giungono a quell'organo e diramansi nelle pareti, tra le fibre muscolari del medesimo - il grande simpatico ed il vago, o 10° paio cerebrale - nervi la cui irritazione produce effetti opposti, aumento e diminuzione di frequenza nel numero de' movimenti cardiaci. Sulla maniera poi, come avviene che, eccitato comunque il vago, si prolunghi e si arresti ancora il viscere immobile nella sua dilatazione, con altre parole, sulle combinazioni per cui opera l'azione di esso nervo, fatta intervenire ad interrompere, rispettivamente paralizzare quella del gran simpatico, notoriamente eccitatrice di contrazioni muscolari cardiache, l'illustre oratore serbò il silenzio, che durerà a mio credere, fintantochè le indagini microscopiche non avranno mostrato indiscutibilmente le relazioni anatomiche dei fili terminali del vago con quelli, o coi gangli dell'intercostale, innicchiati nelle carni del viscere. — E davvero, che è meno urgente la curiosità di conoscere il fondamento, di quell'azione, che potria essere fisico semplicemente, o fisico in una e chimico, che non i mezzi scelti ed impiegati dalla natura a sciogliere il problema meccanico, di rendere cioè possibile il contatto e la conseguente opposizione delle due forze. — Al paro di tutti gli altri fisioigiologisti, il Professor Czermack non potea andare oltre la semplice esposizione dei fatti, curandosi invece di aiutare negli uditori la facile comprensione del fenomeno, il che gli riusciva di fare per doppia via: cioè, mediante uno schema meccanico ingegnosissimo, nel quale faceva vedere nettamente la distribuzione delle parti spettanti alle summentovate specie di nervi, nella sistole e nella diastole - nella piccola e nella grande pausa; ed una idiosincrasia non tanto comune, che lo rende capace di mostrare sul vivo gli effetti del predetto antagonismo. Io non saprei far meglio, che tradurre e riportare qui il brano del discorso, che a ciò si riferisce. « Io potrei, s'intende per sè, mostrare a » Voi, dicea l'oratore, sullo schema meccanico, » maneggiando convenientemente il rubinetto e » la vite di resistenza, tutti questi quattro casi » possibili. — Io potrei con influenze meccaniche » affatto analoghe, farvi vedere ciò che osserviamo nel cuore, e produrre nella navicella, d'un » tratto o gradatamente, irregolarmente o con » ordine, pulsazioni rare e deboli » (azione debole del vago e del simpatico, T) « frequenti e » deboli » (azione prevalente del simpatico, T) « rare ma forti » (azione prevalente del vago, T) « e finalmente frequenti e forti » (azione forte di ambo i nervi, T). — « Nondimeno io vi rinunzio, » per non mostrarvi che il terzo caso, l'effetto impediente della irritazione improvvisa de' nervi » che corrono la via del vago, sull'uomo vivo, » su me stesso immediatamente, per mezzo di » un esperimento. Io ho scoperto cioè, che il » mio nervo vago destro, per la specialità dei » rapporti topografici al collo - è così accessibile, » in un punto determinato, alla pressione del dito, » da potere essere irritato meccanicamente. — Io » sono quindi al caso, ad ogni momento, premendo col dito su quel punto (non è detto quale) » della parte destra del collo, di irritare i nervi » impedienti l'azione del mio cuore e di farlo » entrare per alcuni istanti nello stato di quiete.

» A rendervi pertanto visibili le mie pulsazioni cardiache, io mi allaccerò la leva pel polso del Marey, ossia lo sfigmografo, al carpo, » là ove i pratici sogliono tastare il polso. — Ogni » contrazione del cuore o battuta del polso solleva la leva in modo visibile per gli astanti » vicini. — Affinchè poi tutti i presenti nella sala, » e quelli pure che siedono in lontananza, possano » prendere contemporaneamente parte allo sperimento coll'apparecchio di Marey, io ne ho » unito con esso uno di elettricità per contatto, » inventato da me, e che dà segno di ogni pulsazione, facendo suonare una campana.

» Allacciato lo sfigmografo di Marey al carpo

Digitized by Google

» sinistro, voi potete contare i battiti del mio » polso e del mio cuore, numerando i segnali della » campana.

» Ora premendo sul collo, io irrito i nervi im- » pedienti, e voi tosto percepirete la immobilità » del cuore e il rarefarsi del polso. — Uno, due, » tre - io premo sul collo, quattro, immobilità; » cinque, immobilità; sei, immobilità; sette, otto, » nove e via là. La frequenza precedente si è » diggià ristabilita. — Ritentiamo la prova. Lo » stesso succcesso; ogni volta che io premo su » quel punto destro del mio collo, dove si trova » il nervo vago, nel quale sono raccolte le fibre » impeditrici, che uniscono il cuore al cervello, » il cuore resta immobile, e si prolungano le pause » fra le singole pulsazioni, che gradatamente ri- » acquistano la loro frequenza. — Devo poi notare, » che praticando la pressione irritante nello in- » tervallo fra due pulsazioni, la seconda si effet- » tua sempre senza grande ritardo. Appena dopo » questa, il viscere resta immobile e segue il » manifesto prolungamento delle pause fra i singo- » li battiti cardiaci.» Così il Prof. Czermack — La osservazione di costui era la sola a mia conoscenza, allorchè mi si presentò l'occasione di farne una consimile, addì 9 Ottobre scorso, in una persona che pativa di dispnea per ipertrofia di cuore, in conseguenza di endoaortite degenerativa, lenta.

Il giudizio di chi avea veduta ed osservata quella persona prima di me, pendea incerto fra la diagnosi su riferita, ed un aneurisma propriamente detto dell'aorta toracica. E fu veramente per cercare un argomento differenziale decisivo, che m'abbattei nel rallentamento improvviso e straordinario de'movimenti cardiaci. Io avea, cioè, applicato di traverso, sulla parte sinistra del collo, a livello della cartilagine cricoidea, internamente al muscolo sterno-mastoideo, e colla punta volta all'interno, il polpastrello del pollice destro, esercitandovi quel grado di pressione che dovea bastare a farmi sentir bene l'urto diastolico dell'arteria - nell'atto stesso che colle dita della mano sinistra, come si pratica abitualmente, misurava le pulsazioni della radiale destra, per decidere del sin-od anacronismo delle due diastoli. Il rallentamento di queste fu così immediato e lungo, che io guardai tosto in viso al malato, temendo di vederlo piegarsi sulle ginocchia in sincope; ma non avea appena alzati gli occhi, che avvertii la carotide e la radiale rifarsi a pulsare con forza ed ampiezza in apparenza maggiori di prima, e senza che sulla fisionomia del paziente si scorgesse indizio di tanto cambiamento. L'aumento del tempo interdiastolico si mantenne successivamente per tre o quattro diastoli, e poi tornò alla norma. Proprio in quei giorni io avea letto il discorso popolare surriferito del Prof. Czermak, laonde venni naturalmente e subito subito nel pensiero, di aver premuto ed eccitato ad azione più energica il nervo vago sinistro, ed ottenuto così involontariamente di rallentare d'un tratto i movimenti del cuore. E volli farmene certo, escludendo dal fatto ogni altra causa, e particolarmente una eventuale diminuzione della velocità del sangue, prodotta dalla pressione sulla carotide, poichè se si dee credere al Marey, autore della Physiologie Médicale de la circulation du sang, un ostacolo qualunque, che impedisca in un punto il movimento del sangue, avrebbe per effetto costante, di scemare il numero delle contrazioni cardiache (1). Rifeci perciò la prova sulla carotide de-

(1) A pag. 214-215 della suddetta opera Marey riferisce: che il risultato di più che quaranta esperienze, fu una differenza di 2-14 pulsazioni per minuto, contando a braccia alzate o pendenti, con la maggior frequenza nella seconda posizione. Ciò, secondo lui, è una conferma di più della legge che egli crede governare la successione più o meno frequente de'movimenti cardiaci, cioè, che il loro numero aumenta, rispettivamente diminuisce, col crescere o diminuire della pressione intra-arteriosa. — Urtando questi fatti contro le nozioni fisio-igiologiche e fisio-patologiche più comuni su questo argomento, io non ho voluto accettare le conclusioni senza averle prima io stesso verificate. — Ho contate quindi le battute del polso su vari individui, tutti maschi, tra i 23 e 26 anni, la maggior parte robusti, e di statura più che media. La posizione scelta fu la seduta, e prima con ambo gli arti superiori penzoloni, poi distesi orizzontalmente, con e senza sostegno; indi verticali, pure senza sostegno e sostenuti; ed infine penzoloni di nuovo. Lo stesso piano ho seguito, impiegando però un arto solo. Un minuto primo dovea scorrere, prima di numerare le battute nella successiva posizione.

Ecco i risultati:

a due arti

N.° prog.°	Distesi	Distesi e sostenuti	Alzati	Alzati e sostenuti	Pendenti
1	+ 6	+ 2	+ 11	+ 7	— 6
2	+ 10	+ 7	+ 17	+ 12	— 14
3	+ 6	— 3	+ 7	+ 6	— 3
4	0	— 1	+ 4	+ 5	— 5
5	+ 12	+ 4	+ 16	+ 19	— 16
6	+ 2	+ 3	+ 16	+ 18	— 9
7	+ 6	+ 10	+ 12	+ 11	— 10
8	+ 4	+ 2	+ 3	+ 4	— 5
9	+ 7	+ 10	+ 10	+ 8	— 4
10	+ 6	+ 3	+ 8	+ 2	— 9
11	+ 16	+ 18	+ 17	+ 16	— 5
12	+ 12	+ 6	+ 12	+ 12	— 8
13	+ 6	+ 5	+ 5	+ 3	— 1
14	+ 1	— 2	— 7	— 5	— 1
15	+ 6	+ 3	+ 4	0	0
16	+ 5	— 1	+ 6	— 5	0

Digitized by Google

stra e sulla bracchiale sinistra successivamente, servendomi in ambo i casi, della diastole radiale destra per termine di confronto. — La pressione nelle due prefate arterie fu portata al grado da far cessare ogni traccia di movimento nella tem-

ad un arto solo

N.° progr.°	Disteso	Disteso e sostenuto	Alzato	Alzato e sostenuto
1	+ 5	— 1	+ 1	+ 1
2	+ 2	0	+ 3	0
3	— 1	+ 5	+ 2	+ 1
4	0	0	+ 3	0
5	+ 5	+ 3	+ 5	+ 7
6	+ 3	+ 1	+ 3	+ 4
7	+ 1	+ 5	+ 9	+ 10
8	+ 6	0	+ 3	— 1
9	+ 2	+ 3	+ 5	+ 8
10	+ 1	— 4	+ 3	+ 1
11	+ 2	+ 3	+ 4	+ 3
12	+ 3	+ 2	+ 5	+ 6
13	— 1	— 2	+ 8	+ 6
14	0	0	0	0

Le cifre raccolte in questo prospetto esprimono, come ognuno vede da sè, fatti contrari a quelli osservati dal Marey, e che menano quindi a conchiusioni diverse, almeno per quanto riguarda la influenza della posizione pendente, orizzontale od alzata degli arti superiori, sull'aumentare o diminuire il numero delle contrazioni cardiache. — Sopra 63 osservazioni a due arti, in 54 il passaggio dall'una all'altra posizione è contrassegnato da accrescimento di frequenza di polso, in media di otto battute e fra estremi di 19 ed 1; in otto da diminuzione in media di 3 battute e con estremi di 1 e 7; in uno soltanto dallo statu quo ante. — Sopra 56 osservazioni ad un arto solo, 40 passaggi furono seguiti da aumento (media 4, estremi 10-1), 6 da diminuzione (media 1,50, estremi 4-1) e 10 da stazionarietà. — In 14 osservazioni della prima serie, la differenza portata dal rimettere gli arti penzoloni costantemente fu una minore frequenza de' moti cardiaci, in media di 7, con estremi 16-1. Risulta poi dal confronto delle cifre d'aumento e diminuzione nelle due serie, che l'effetto è proporzionale, maggiore o minore, al numero degli arti, e che i casi di diminuzione e di stazionarietà, sono in generale e pochissimi e relativamente più frequenti nelle osservazioni fatte, cambiando la postura di un solo arto. Infine farò notare che tra quelle della prima serie trovo segnata la quattordicesima osservazione, come fatta sopra individuo eminentemente nervoso, e spesso travagliato da cardiopalma e da disquilibri emodinamici, e che contate le pulsazioni con ambo gli arti pendenti per tre minuti di seguito, la frequenza andò in media aumentando, ancorchè assai limitatamente, come 74,71 - 74,88 - 75,41. — Questi sono i miei fatti nè saprei, stante la forma dogmatica usata dal Marey, in quale maniera metterli d'accordo con le conclusioni di questo distinto fisioigiologista.

porale destra, rispettivamente nella radiale sinistra. — Contuttociò e benchè la pressione fosse mantenuta a dilungo, il rallentamento non ebbe luogo, e riappariva tostochè mi faceva e riesperimentare nelle condizioni preaccennate. Accertato così che un disequilibrio emodinamico, non poteva essere neppure partecipe alla produzione del fenomeno, mi misi a provare se sarebbe riescito di produrlo premendo sopra altri punti lungo la carotide sinistra e destra, ma gli esperimenti fallirono tutti.

Col malato restai in appuntamento di rivederlo otto giorni dopo, ed il 16 Ottobre infatti, altri onorevolissimi colleghi ed amici miei (i Professori Betti e Federici di Camerino ed il Dottor Tosi, studioso e coltissimo medico del nostro esercito), ebbero occasione di verificare ampiamente la cosa; essendochè quante volte si veniva a premere sul sito e modo predetto, altrettante seguiva istantaneo il rallentamento del polso, ed in cosiffatta proporzione, che se, continuando a premere, avesse continuato eziandio l'effetto sul nervo vago, sarebbesi contata appena la metà delle pulsazioni normali - da 96 a 46, o 48 nel minuto primo. — Il Prof. Federici espresse anzi il dubbio, che una lipotimia leggera, dalla quale era stato soprappreso il paziente, avesse potuto dipendere da diminuzione di sangue nel cervello, per causa dell'essersi cotanto e così improvvisamente rallentata l'azione cardiaca e diminuita conseguentemente la pressione intra-vascolare. Comunque ciò avvenisse, il fatto è, che nè nelle osservazioni di quel giorno, nè in altre molte riprese a fare in seguito a vario intervallo di tempo, fu più veduto alcun che di simile, avvegnachè il grado del rallentamento fosse sempre ad una maniera, e, come si vedrà più innanzi, vi abbia ragione a supporre, che durante il prolungamento della diastole o riposo del cuore, la pressione costante nelle arterie, e la massima prodotta dalla sistole cardiaca, restassero immutate. È da avvertire però che lo sperimento, da quella volta in poi non fu più praticato nella stazione, come s'era fatto allora; inoltre che il malato in quel giorno sentivasi assai più male del solito, e che infine grandemente l'avea impressionato la presenza di tante persone che stavano ad osservarlo. — Tuttavolta egli confessava essergli parso talfiata, di provare nell'atto del tentativo un senso di calore al capo, quale suole precedere uno svenimento (vampa, fumana), ma nè io, nè altri potemmo verificare cambiamento alcuno, particolarmente nella respirazione e nello stato della pupilla.

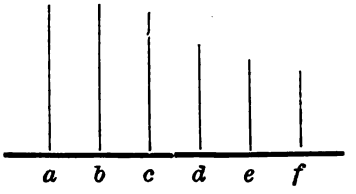
A compiere la osservazione non mancava che la rappresentazione materiale del fenomeno, ed eccone vari esemplari ottenuti collo sfigmografo di Marey.

Nella figura prima (vedi tavola I.ª) precedono

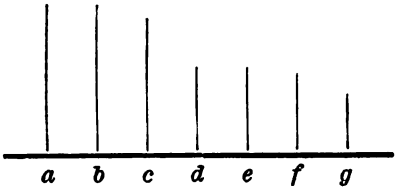
Digitized by Google

alcune diastoli arteriose (rispettivamente sistole del cuore) segnate coi numeri 1, 2, 3, che sono equidistanti. La susseguente sistole (4) cardiaca è divisa dall'ultima precedente per una sistole **a** dell'arteria, (diastole cardiaca), la quale è un terzo più lunga delle tre precedenti; e da ultimo si succedono varie diastoli arteriose, 4, 5, 6, congiunte da linee intermedie **b**, **c**, **d**, **e** (sistole delle arterie), che sono lunghe il doppio delle normali. — Questa prima figura fa dunque vedere come la pressione sul vago influisca a rallentare i movimenti del cuore. — Le altre tre figure presentano invece il lato inverso del fenomeno, vale a dire il ritorno de' moti allo stato normale. Non prestandosi lo sfigmografo a raccogliere l'una e l'altra fase sopra la stessa striscia di carta, fu mestieri far principiare la sfigmografia durante, o poco avanti la pressione, e gli esemplari ottenuti sono le figure II.ª, III.ª e IV.ª della suddetta tavola alle quali corrispondono li seguenti sistemi di ordinate

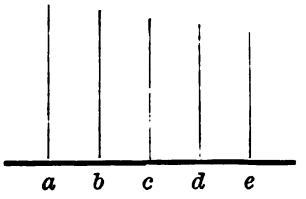
Sistema — **A**



Sistema — **B**



Sistema — **C**



Dai quali si scorge a primo tratto, che il ritorno del cuore all'azione normale, non avviene sempre ad un modo, come accade invece nel produrre il rallentamento. — Unendo con linee intermedie, le estremità libere delle ordinate *a, b, c, d, e, f*, del 1.° sistema, corrispondenti alla durata della diastole o stato di quiete del cuore, risulta una linea non uniformemente inclinata, con una pendenza media di 45 %; nel 2.° sistema la norma si vede ristabilirsi con la massima irregolarità. — La discesa è dapprincipio precipitosa (85 %); indi per breve tratto si scorre sopra un piano orizzontale, per scendere in seguito nuovamente, ma con relativa moderazione (42 %) e non più senza uniformità; nel terzo finalmente la inclinazione è debolissima, uniforme (20 %), e il ritorno allo stato normale lentissimo. — Nè si creda che tale varietà di risultati tenesse a circostanze intrinseche diverse, poichè gli schemi furono raccolti lo stesso giorno, ed a breve distanza l'uno dall'altro, restando il malato indifferente a quanto accadeva intorno a lui. Più probabile, e non da prenderne maraviglia, è che nel premere io non avessi tenuta sempre la stessa misura, dimodochè nel primo esperimento la pressione possa essere stata incerta ed abbastanza forte; nel secondo, ineguale, ma variata; nel terzo, eguale ma leggera. Ondechè, confrontando queste risultanze e quelle di Czermak, si conchiude, non avervi fra loro simiglianza che nel passaggio dalla norma allo rallentamento, mentre inversamente la cosa è andata altrimenti. — La differenza, come ripeto, fu forse cagionata dalla incertezza dello strumento compressore, epperciò a chiudere questa sorgente di fallaci osservazioni, converrebbe uno strumento apposito, una specie di tourniquet, di azione continua ed uniforme.

Dallo studio comparativo di quegli schemi si cava inoltre un'altra conchiusione, che riguarda la dottrina generale della circolazione del sangue, ed i rapporti fra essa e certe qualità diastoliche delle arterie. Marey, nella precitata opera a pag. 266 e seg., tratta del polso dicroto od in due tempi, e tiene opinione dipendere questo sintoma dal regurgito del sangue nell'aorta, nel momento in cui contraendosi l'arteria, esso viene spinto verso il ventricolo sinistro, nel qual atto, urtando contro i bordi delle valvole semilunari, queste si espandono per impedirne il riflusso. Per questo improvviso ostacolo avverrebbe, secondo il Marey, ciò che tuttogiorno vediamo accadere nel calare la saracinesca di una cataratta. — Interrotta repentinamente la corsa dell'acqua, questa non perdendo con rapidità pari la velocità con cui si moveva, quasi per absurdum retrocede e con una forza la quale è in ragione diretta della velocità rimastale dopo l'urto contro l'impedimento, e della resistenza opposta dall'acqua che sopraggiunge. Data quindi una grande velocità iniziale ed un ostacolo improvviso e forte, all'acqua ne resta soventi fiate tanta da rifluire non solo e respingere la sopravvegnente; ma sormontarla ancora e scorrervi sopra, quasi un piano solido sottoposto - ciò che veggonsi fare le onde di un mare burrascoso, ogni volta che nella loro corsa si frangano contro gli scanni della spiaggia. — Così e non altramente parmi che Marey interpreti il dicrotismo del polso in istato normale e patolo-

Digitized by Google

gico, vale a dire, che il sangue fermato improvvisamente nel suo movimento retrogrado, dallo espandersi delle valvole semilunari, rifluisce nel lume dell'aorta, producendovi una seconda diastole, minore della prima, che successivamente si propaga fino all'arterie periferiche, accessibili alle dita esploratrici. Il dicrotismo dovrebbe dunque essere una proprietà generale del polso, manifesta o no, secondo che nel centro della circolazione vi è armonica cospirazione nelle condizioni prestabilite, cioè forza impellente molta da parte del cuore, ed elasticità e contrattilità gagliarde da quella delle arterie, e la cui esistenza viene dallo sfigmografo segnata con una elevazione sistolica della linea orizzontale o discendente, che si traccia durante la diastole del cuore, elevazione s'intende da sè, di minore portata.

Negli schemi sfigmografici surriportati, si vedono in generale le cose come nelle pruove fatte e riportate dal Marey. Nella figura prima il dicrotismo si può dire che non esista, debolissime essendo state le contrazioni del cuore; nelle altre tre, essendosi queste rafforzate, esso apparisce più distinto. Tuttavia, studiando dettagliatamente quelle figure, la teoria del Marey non risulta così necessaria, da escludere dalla produzione del fenomeno ogni ingerenza delle arterie periferiche. E per verità si ha da quelle figure, che con la stessa forza sistolica (fig. 2.ª e fig. 4.ª), ora il dicrotismo c'è, ora manca, e quando esiste non è sempre dello stesso grado; e che con forza sistolica diseguale (fig. 3.ª) si combinano tutte le varietà, dal massimo al nullo. Lascio i dubbi teorici che si potrebbero muovere sulla possibilità che l'urto contro la semilunari conservi tanta forza da giugnerne le traccie fino alla periferia del corpo; lascio di dire che in pratica ho veduto esempi di sistole dicrota di una sola arteria carotide, coesistente alla insufficienza delle valvole semilunari; lascio tutto questo: farò qui osservare che, senza pregiudizio della teoria del Marey, le varietà predescritte si accordano meglio con un fattore labile qual'è la sistole di un'arteria, che non colla presenza di un ostacolo, il quale non così di leggeri si modificherà entro pochi secondi di tempo.

Ho scritto al principio di questa nota, che la osservazione del Czermak, era per quanto io ne sapeva, dopo fatta ogni diligenza ad iscuoprirne altre, l'unica di quella specie a mia notizia, e qui soggiungo che ciò fu appunto uno de' principali stimoli a pubblicarla. Or bene in quel mentre istesso che stavo scrivendola, il sullodato Prof. Betti, con sua gentilissima del 23 p. p. Ottobre, mi avvisava che in un lavoro pubblicato da Brown-Sequard « Sui recenti progressi delle mediche cognizioni nella diagnosi » e trattamento delle malattie nervose funzionali » appariva che anche altri avesse osservato il fenomeno descritto, - ed ecco il brano di quel lavoro che a ciò si riferisce, copiato dalla traduzione italiana, pubblicata in Roma nel 1867, dai Dott. Gentili e Fedeli. Nella parte VII.ª, intitolata « Modi complessivi riunenti i due processi » e della irritazione dei nervi incidentali e della » modificazione del sangue » si leggono adunque le infrascritte cose: « Un altro modo di curare, » che merita tutt'altro che una fugace menzione, » potrà quanto prima divenire di grande importanza. Quantunque la sua influenza sul sangue » (per lo meno in via diretta) forse sia nulla, » pure ne parlerò ora, perciocchè fu da prima » considerato, come avente solo un'azione, per » alcuni cambiamenti della circolazione del sangue nel capo. Questo metodo di curare il quale » ha dato se non che pochi buoni risultati, in » proporzione di quelli che potrebbe, consiste » nella compressione del paio vago e del nervo » simpatico cervicale. — È stata questa impiegata » nell'intento di diminuire la quantità del sangue » nel capo, comprimendo le arterie carotidi e si » sperimentò giovare nei casi di mania, di mal » di capo, di vertigine, e particolarmente come » mezzo per troncare gli accessi di epilessia. — » Il Dott. Alessandro Flemming è riuscito » pure con questa pratica a produrre il sonno. — » Dobbiamo al Dott. A. C. Pinel, ed all'ingegnoso » ed accurato fisiologo Dott. Augusto Waller, » l'averci dimostrato che l'effetto principale della » pressione indotta sull'arteria carotide, è di irritare e di mettere in oscillazione il paio vago, » diminuendo di conseguenza i movimenti del » cuore. — Le mie ricerche dimostrano, che il » nervo simpatico cervicale pure viene eccitato, » come si prova principalmente per la dilatazione » della pupilla. — Se la pressione è considerevole » osservansi gli effetti della dissezione, o della » paralisi di ambedue questi nervi » (1).

Il modo di cura delle encefalopatie, accennato

(1) Nell'eseguimento di cotale operazione è importante l'evitare la pressione delle vene del collo o della trachea, le quali furono comprese probabilmente nei casi descritti nell'opera Jacobi, di cui diamo l'estratto. — « Vi ha senso di bruciante calore, che trasportasi improvvisamente in tutto il capo, e dal collo al petto; ovvero quando la compressione fu solamente praticata da un lato, questo ha luogo nel lato corrispondente del capo e del collo; in molti casi senso di calore entro la testa. La faccia diviene più scura, e di frequente, con produzione di calore vivido, una sensazione penosissima di compressione al petto, un senso di tensione, peso e dolore nel capo, vertigini, barcollamento, insonnio; sonno improvviso profondo, con respiro stertoroso; sincope incipiente, con incertezza di movimenti delle estremità inferiori, inciampamenti, ed in molti casi caduta improvvisa con completa insensibilità, che facilmente riacquistasi » — (Jacobi della natura e cura della pazzia).

Digitized by Google

da Brown-Sequard non è nuovo e si fonda su nozioni sperimentali, che salgono fino ad Aristotele, intorno gli effetti anestetici ed acinesiaci dello intercettamento del circolo nei vasi del collo, nozioni delle quali taluno vorrebbe che Ippocrate pure non andasse sfornito. — Nè quegli antichi filosofi e medici s'erano limitati a verificare in genere quegli effetti; ma aveano voluto altresì, sempre per via di sperimenti sui bruti ed anche sull'uomo, sapere la parte che eventualmente aveanci i vasi, (le arterie carotidi e le vene giugulari, interne ed esterne) ed i nervi (vaghi), che giacciono a loro vicini. E questo è chiaro nell'opera di Tufo Efesio (De corp. hum. part. appell. Lib. I. c. 34), là ove dice, che « arterias per collum subeuntes, carotides, idest » somniferas, antiquos nominasse, quoniam *compressae* hominem sopore gravabant, vocemque » adimebant. » E più sotto « Ceterum nostro seculo non arteriarum, sed nervorum sensoriorum » prope jacentium, id vitium esse compertum est. »

Rispetto a'pochi buoni risultati ottenuti fin qui dal metodo, non c'è da stupirsene, perchè si sa che da Galeno fino a noi si è praticata, oltrechè a titolo di sperienza, anche per necessità terapeutiche, come vidi fare io stesso, la legatura delle carotidi e delle giugulari interne ed esterne, senza conseguenze di paralisi temporarie o permanenti, frequenti volte anzi senza traccia di lesioni funzionali encefaliche. Ed io non capisco davvero, come Brown-Sequard possa ripromettersene di migliori, se li fa dipendere dalla compressione del paio vago e del nervo simpatico cervicale, qualmente poi pei primi avrebbero dimostrato Pinel e Waller.

Io ho cerco e ricerco invano, quando ed in qual modo i testè nominati autori abbiano espressa questa opinione, ed ignoro perciò se la enunciassero per una semplice congettura, indotta da postulati fisioigiologici, o se veramente la dimostrassero col fatto, ricorrendo allo sperimento alla maniera di Czermak e mia. — Ma sia com'esser si voglia, io dicea, che le speranze del Brown-Sequard paionmi ben lungi dalla realizzazione, e ciò per due motivi: primo, che non è costantemente vero che il disequilibrare artificialmente il circolo, mettendo in irritazione od oscillazione il vago, apporti di addormentare il paziente o di modificare altramente la esistenza cerebrale, che anzi, ragionando sui fatti fin qui veduti, si sarebbe tratti a giudicare l'effetto impossibile per quel mezzo; e secondo, che il riescire a comprimere e rallentare le azioni cardiache, può dirsi la eccezione, il non riescirvi la regola.

Stando al discorso del Prof. Czermak, in lui i moti cardiaci s'allentano senza che pertanto egli senta cambiarsi il suo essere; e parimenti nel mio malato, nel quale feci e rifeci moltissime prove, in una sola, come ho scritto più sopra, è accaduto qualche cosa d'insolito e questo qualche cosa d'insolito tutt'altro che innocente, e da non consigliarsi di ripetere spesso, come converebbe a scopo terapeutico. In ambo i casi poi, la durata del rallentamento fu tale, da rendere quasi impossibili gli effetti narcotici; nel Czermak dopo tre pause, quasi doppie di lunghezza, il polso riprendeva la sua frequenza abituale; nel mio paziente dopo quattro. — Volere ottenere di più, comprimendo più fortemente sul vago, sarebbe non solo imprudenza, e lo dice la nota al testo di Brown-Sequard surriferita, ma eziandio irragionevolezza, perchè si finirebbe, nel caso, per impedire ogni attività del vago e favorire invece indirettamente quella del simpatico, ciò che accade tuttodì nelle vivisezioni. — Sia però che, continuando a premere sul vago, si prolunghi pure indefinitamente la minore frequenza delle azioni cardiache, tuttavia a trarne profitto nella cura delle malattie cerebrali, lo sperimento di effetto affermativo non dovrebbe essere, direi quasi, una proprietà di questo o quell'individuo, ma più comune. — Io non so se il Prof. Czermak, spinto come me in parte dalla curiosità scientifica, in parte dalla speranza di vantaggiare la terapeutica di un mezzo meccanico che potrebbe sostituirsi alla digitale, nelle malattie acute ed in genere nella frequenza abnorme del polso, abbia proseguite le sue osservazioni, ed eventualmente quali effetti ottenuti. — Per conto mio, dal giorno 16 Ottobre, cominciando da quelli che stavano presenti, ho continuato e continuo tuttora nelle prove di cui ho frequente la opportunità, ma finora inutilmente. Nè me ne sorprendo, ripensando che e nel Prof. Czermak, e nel mio paziente l'effetto non si ha per premere che si faccia sopra altri punti del collo, fuori l'accennato, e che in esso conviene adoperare il vago destro nel mio caso invece il sinistro; laonde dee essere proprio vero com'egli dice, che l'effetto dipenda da una topografia speciale dell'uno dei due nervi, che li rende accessibili alla pressione del dito e forse, aggiungo io, che non ci concorra qualche ineguaglianza ateromatosa delle tonache arteriose almeno nel mio paziente, che quelle del Prof. Czermak non dubito che saranno perfettamente sane. Infine, io ho con attenzione e ripetutamente osservata la pupilla, durante lo sperimento, ma non vidi mai, che si modificasse lo stato suo; onde se a Brown-Sequard, nelle sue ricerche, essa apparve dilatata, attribuendo ciò alla contemporanea eccitazione del nervo simpatico cervicale, conviene concludere che variassero le condizioni dello sperimento, e proprio che esercitasse una pressione fortissima, equivalente al taglio o legatura del nervo medesimo. Se non che la conclusione non regge a fronte di quel che segue nel testo, cioè che « se la pressione è considerevole

Digitized by Google

» si osservano gli effetti della dissezione o delle » paralisi d'ambedue i nervi; » per non dire poi nulla delle difficoltà grandissime, e poco meno che insormontabili, a chi volesse premere con la forza necessaria per paralizzare il nervo, ed osservare in una il precetto che dà in nota lo stesso Brown-Sequard.

Innanzi di por termine a questa nota, è benfatto vedere, in quanto i fatti in essa esposti possano giovare a togliere la differenza delle opinioni, che i fisioigiologisti hanno sulla specie di attività che il vago esercita nel produrre il più volte mentovato rallentamento de' moti cardiaci. — V'ha chi opina doversi quegli effetti ad un impedimento, che le fibre del vago, eccitate, arrecano all'azione del gran simpatico; teoria antagonistica, appieno corrispondente all'osservazione obbiettiva; e v'ha chi di questo impedimento non ne vuol sapere, e suppone invece che le fibre del vago, le quali penetrano e si diramano nelle carni del cuore, siano *motrici dirette*, e che se alla eccitazione loro consegue rallentamento delle sistoli, questo, analogamente agli altri muscoli avvenga, pello stato di rilasciamento, che segue la contrazione, tostochè si indebolisce od esaurisce lo eccitamento nervoso. — La divergenza parmi, se non erro, causata da un equivoco dei sostenitori delle seconda teoria, altrimenti nominata dell'esaurimento, i quali identificherebbero stati, che non sono neppure simili, come pell'appunto la minore frequenza de' moti del cuore dietro irritazione del vago, e l'indebolimento o cessazione della contrattilità, rispettivamente delle contrazioni di quel viscere. E davvero gli stati predetti ponno coesistere, e coesistono realmente in combinazioni molteplici, di contrazioni frequenti o rare, e deboli o forti in ambo i casi, ciò che si può vedere benissimo negli schemi sfigmografici surriportati. Le diastoli arteriose, sistoli del cuore, tracciate dalle linee ascendenti, vi appariscono tutte di un valore, vale a dire, tutte dalla prima all'ultima, della stessa lunghezza, abbenchè tracciate sotto frequenze differentissime di moti. Tale effetto non sarebbesi aspettato di certo chi, eccitando il vago, avesse creduto indebolirne od esaurirne la forza motrice sulle carni muscolari del cuore, che anzi per ragione di analogia, costui avrebbe dovuto presumere, che in causa del rallentamento, la contrazione dovesse guadagnare in forza, come si vede tuttodì nei muscoli volontari. Proponetevi di ottenere da essi il massimo di forza meccanica, e la vostra volontà non eccitera contrazioni che rapidamente si seguano, ma invece economizzando l'eccitamento, lo andrà communicando con lentezza a grado a grado, onde effettuare una contrazione fortissima, perdendo in tempo quello che acquista di energia. E la immediata successione dell'effetto, nel Czermak e nel mio paziente, ed il grado leggero di pressione bastevole a produrlo non sono forse in argomenti validissimi e contrari alla teoria dell'esaurimento? (1).

Nota 2.ª — I lettori della *Rivista* si rammenteranno di una nota che io vi feci inserire nel fascicolo di Aprile 1868, intitolata *la percussione nella diagnosi differenziale delle cardiopatie*. In quella nota io dicea: che fra i mezzi di cui il clinico dispone per determinare i contorni dell'area cardiaca, onde poi indurre il sito e la qualità dell'alterazioni avvenute nel cuore e nel pericardio, precipuo è senza dubbio la percussione, usata però, non come si pratica comunemente, a determinare l'area relativa del viscere, bensì a pre-

(1) A proposito di questa nota, non posso trattenermi dal riferire un'osservazione consimile fatta nel 30 Agosto ultimo passato, e di cui non ho saputo trovare un altro esempio. — Si tratta di *singulto* o *singhiozzo* spontaneo, che potea a piacimento eccitarsi, ogni volta che si esercitava una moderata pressione sulla parte destra del collo, lungo il bordo interno dello sterno-cleido-mastoideo, e sopra il tratto di superficie del collo che da ivi si dirige obliquamente all'indietro ed all'alto, verso le apofisi cervicali. L'incommodo o meglio il tormento durava da quattro mesi, e la persona che lo soffriva contava 26 anni; era di condizione civile, veniva da famiglia sana, ed avea goduto buona salute fino a tre anni prima, allorchè ammalò di febbre gastrica, susseguita da angina delle fauci, gravissima, curata con salassi e mignatte. Finita questa venne l'ipertosse, che durò sei mesi, prima di cessare del tutto. Il singhiozzo avea cominciato un anno dopo l'ultima malattia, e nei quattro mesi, dacchè durava, non vi era stato giorno nel quale il paziente ne fosse risparmiato; nè bastava che l'avesse il dì, chè la notte pure od impediagli di pigliar sonno, od addormentato lo destava. I pasti non faceano gran differenza, e così le alternative del caldo o del freddo, gli stati morali e via dicendo. Per quanto rovistasse nella memoria, il malato non sapea trovare la causa prima, se non era da attribuirsi a qualche patema sofferto poco tempo avanti la sua comparsa. Ad una emicrania in lui abituale non dava peso alcuno, stantechè da lungo preesistente al singhiozzo, e poi senza manifesto legame colle modificazioni di questo. Infine egli del rimanente stava bene, nè era emorroidario. Tutte le cure fatte non aveano recato sollievo, salvo l'applicazione di due mosche di Milano all'ipocondrio destro. Esaminate le fauci, il collo, il torace ed il ventre, i risultati furono negativi. L'esperimento della pressione iteratamente ripetuto e sempre con lo stesso risultato, dolore ed immediata apparizione del singhiozzo, non ebbe mai effetto a sinistra. Non si otteneva più di una convulsione diafragmatica. Io giudicandolo effetto di nevrilemite del frenico destro prescrivea l'applicazione di un vescicatorio, per medicarne poscia la piaga con un unguento morfoiodato. Interessai la gentilezza del malato a volermi comunicare ulteriori notizie, e mi promise di farlo, ma senza mantenere la parola. — È molto probabile che sia guarito.

Digitized by Google

cisarne, attraverso lo spessore del polmone, che ne copre ed avvolge la maggior parte, i limiti assoluti.

Scriveva inoltre che: fissati una volta questi limiti, il confronto dei diametri longitudinale e verticale coi normali e fra loro, offre un dato prezioso sul quale fondare il giudizio di una abnormità formale prodotta da ingrandimento totale, simmetrico del cuore, oppure di questa o quella sezione parzialmente; ma che v'hanno poi circostanze, nelle quali al clinico questo confronto non serve per riconoscere le alterazioni anatomiche di esso viscere, e quelle ancora del pericardio. Codesta incertezza, io aggiungeva, poteva dissiparsi, purchè tutto lo sforzo dell'attenzione si portasse sulla linea che presenta il lato inferiore dell'area cardiaca, corrispondentemente all'altezza e direzione del diafragma; linea che per norma è una curva dolcissima a convessità inferiore, compresa fra il bordo inferiore della quinta costa destra, linea parasternale, ed il superiore della sesta sinistra, linea emiclavicolare. — Finalmente io riassumeva in due articoli le conclusioni, a cui mi aveano condotto la pratica clinica e le necroscopie rispetto alle modificazioni di cui era passibile quella linea, ed al modo di verificarle e di applicarle alla diagnosi delle cardiopatie, conclusioni che qui riporto:

1.° Nulla è più facile del determinare il lato inferiore dell'area cardiaca, altrimenti nominata la sua base;

2.° in relazione alle varie specie d'aggrandimento del cuore, od al riempimento del pericardio con liquido, quella linea basilare si modifica in modo costantemente differente.

L'intelligenza di queste varie modificazioni io ho voluto allora facilitare corredando la nota di una figura schematica, che comprendeva la linea basilare normale (a a); la stessa linea modificata dall'ingrandimento del ventricolo destro (b b) e da quello del sinistro (c c), e per ultimo la modificazione conseguente a raccolta di liquido per lo più sieroso semplice, o siero-fibrinoso, nel pericardio.

All'epoca nella quale io scriveva queste cose, non erami ancora abbattuto, di potere offrire il modello della modificazione prodotta dalla ipertrofia eccentrica o concentrica del ventricolo sinistro, stantechè, come dicea in quella occasione, la maggior spiccatezza del rapporto non si osserva nei primi o negli ultimi stadî della malattia, bensì in un periodo mediano. E dovea essere in me veramente grande il desiderio di venirne una volta o l'altra in possesso, affinchè il fatto mostrasse a' lettori, che le conclusioni non erano mere speculazioni teoriche, ma frutto della osservazione clinica e necroscopica. Eguale desiderio non doveva stimolarmi a convalidare coll'esempio anche l'alterazione formale della base cardiaca nello ingrandimento prevalente del ventricolo destro, come cosa troppo volgarmente nota; e sarebbe poi stato inutile, come ognuno intende, neppure nutrirlo per lo sformamento cagionato dalle raccolte di liquido nel pericardio. Nullameno, ora che le condizioni in cui esercito la clinica, sonosi di molto migliorate, mi lusingo di poter riuscire anche in questo, praticando sezioni orizzontali parallele al diametro frontale del torace, in cadaveri previamente congelati.

Delle tavole litografiche unite alle presenti note la II.ª offre un modello di linea basilare dell'area cardiaca resa deforme dall'ingrandimento del ventricolo sinistro, per ipertrofia idiopatica concentrica del medesimo; la III.ª un modello consimile, ma invece per ingrandimento prodotto dalla insufficienza delle semilunari. Ebbene, confrontando quelle due figure, risultano egualmente chiari due fatti: *a*) che la deformità più volte menzionata consiste in una specie di incavo, che converte la linea basilare in una curva mista, anzichè semplice, composta quindi di due sezioni estreme convesse, ed una mediana concava; *e b*) che la lunghezza e la profondità di quest'ultima sezione sono proporzionali non tanto al volume eventualmente acquistato del ventricolo, quanto al processo che è causa della ipertrofia.

Figuriamoci per un momento nella mente lo schema di una sezione del cuore, fatta paralellamente al suo asse trasverso. In questo profilo la parte che corrisponde alla punta del viscere appare, come tutti ben sanno, formata dalle due parti estreme dei ventricoli, dette altrimenti le punte od apici degli stessi. Ma vi è in ciò differenza, che il destro vi prende parte in una misura, che è tre volte minore di quella del sinistro, ed anzi in taluni casi la sottigliezza della sua estremità va digradando siffattamente, che appena si distingue e pare voglia confondersi colla estremità dell'altro. Propriamente da questa struttura viene, che ingrandendosi il ventricolo sinistro senza che si aggrandisca corrispondentemente il destro, è inevitabile la formazione della prenominata incavatura. Imperocchè restando l'apice di questo ventricolo fermo al suo posto, mentre l'altro si dilata e si allunga, è evidente che al punto ove quell'apice ed il lato interno del ventricolo sinistro, ossia il setto divenuto più convesso e più sporgente verso destra, si tocccano, dovrà essere contrassegnato da una depressione o da una vera incavatura. — Determinato pertanto il modo col quale si effettua la deformità in generale, è chiarissimo che il grado suo non dee dipendere che dalla diversità del processo ipertrofizzatore. Questo processo può essere eccitato in due maniere, l'una estrinseca alla massa che si ipertrofizza, e che si potrebbe nominare anche meccanica; l'altra intrinseca od idiopatica. La ipertrofia procedente da quella, deve generalmente

Digitized by Google

rendere, e rende difatto più spiccata la deformità, e vieppiù se la sua causa è fin a principio di azione circoscritta, od almeno non di eguale forza dappertutto, e si osserva perciò meglio nella insufficienza delle valvole semilunari, che non nello stringimento del foro arterioso, o negli ostacoli che eventualmente si formano e sorgono sul corso o dentro l'arteria. E per vero in simile congiuntura, la parte del ventricolo sinistro che sente prima e più fortemente gli effetti dell'alterazione, cioè dell'urto del sangue refluente nella sistole arteriosa, è precisamente la inferiore, la quale ben tosto si allarga e si allunga, in guisa da sorpassare di qualche centimetro l'apice del cuore destro, come lo mostra la figura della tavola III.ª — Rispetto alla quale è poi da considerare, che incavatura tanto profonda non sarebbesi osservata se il malato non fosse soccombuto ad una malattia intercorrente, perlocchè il cuore ci apparve in quella fase delle compensazioni, nella quale il ventricolo destro avea già subito uno sfiancamento abbastanza forte nella direzione assuale dell'arteria polmonare.

Nelle ipertrofie che conseguono all'altra specie di alterazione meccanica, ed in quelle finalmente che diconsi idiopatiche, od essenziali, ed hanno la causa del loro sviluppo in un cambiamento qualitativo o quantitativo dell'atto che dovrebbe mantenere normali la forma e la composizione degli elementi organici (della quale ultima categoria è un esempio classico la figura disegnata nella tavola II.ª), la deformità è del pari costante, ma non oltrepassa i limiti di una depressione più o meno profonda. A rendersi conto di questa differenza, basta ridare un'occhiata comparativa alle due tavole. La assimetria di accrescimento del ventricolo sinistro nella figura della tavola III.ª, la prevalenza del diametro verticale sul trasverso, e la simmetria di ingrandimento dell'altra nella figura della tavola II.ª sono così spiccate, che mi parebbe tempo perduto il trattenere il lettore con ulteriori commenti.

ALCUNI CASI D'ISTERISMO

STORIE E CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL

Dott. CLODOMIRO BONFIGLI

Medico Assistente alla Clinica Medica di Camerino.

Lo studio delle forme morbose con cui si presenta l'isterismo, non può sembrare mai superfluo, quando si consideri, che non ostante le odierne scoperte dell'anatomia patologica e della fisiologia, anche i più dotti specialisti trovansi in opposizione tra loro, circa il posto che devesi assegnare nella nosologia a tale infermità, e circa al modo con cui si devono spiegare i molteplici sintomi che la caratterizzano. Pertanto io mi permetterò di qui esporre la storia di alcuni casi d'isterismo, che ho potuti osservare nella nostra clinica medica, e nella mia pratica privata, non già nella pretensione di fare la luce su ciò che ancora è oscuro, ma perchè credo, che nelle malattie, la cui natura non è ancora bene definita, l'aumento della casuistica possa contribuire validamente, a far sì che un giorno qualche eletto ingegno, o qualche accurato sperimentatore, possa dare una spiegazione sufficiente ai fatti raccolti. Inoltre i casi che passerò a narrare, mi sembra, che offrano particolarità abbastanza interessanti, da meritare di essere resi di pubblica ragione.

Parte Prima.

Caso 1.° — Angela Grimaldi, di condizione servente, dell'età di 22 anni, è nata in villa da genitori sani, il padre è morto per gastro-enterorragia, e la madre è tuttora vivente; ha una sorella che ha superato lunghe e gravi malattie, ma ci è impossibile rilevare di quale natura esse siano state; dei suoi tre fratelli, uno è morto per febbri miasmatiche nell'agro romano, uno è sano, e l'ultimo assai cagionevole di salute. — L'inferma nel suo primo anno di vita, per incuria della madre, riportò un'estesa bruciatura al ventre, per cui fu molti giorni in pericolo di vita; nel 7.° anno ebbe inoculata la linfa vaccinica, e nell'8.° andò in qualità di servente presso una famiglia di contadini, che la occuparono nei lavori campestri. Qualche tempo dopo ebbe una malattia, a quanto pare, occasionata da bagnature fatte nell'acqua fredda a corpo estuante, ed i cui sintomi principali sembra consistessero in febbre, dolore di capo e di ventre, diarrea ecc. La cura si restrinse a pediluvi, purgativi, coppette scarificate all'epigastrio ecc.; la malattia durò in tutto 15 giorni, in capo ai quali riacquistò completamente la salute, che si mantenne poi inalterata per circa 3 anni. Nell'11.° anno, essendo ritornata alla casa paterna, fu brutalmente percossa dalla sua madre, ed in modo che ne riportò tali ferite e contusioni da costringerla al letto per circa 20 giorni. Gli anni successivi trascorsero abbastanza bene per la nostra inferma, che giunta alfine al 17.° anno, abbandonò la campagna per recarsi a servire nella città. Pochi mesi appresso comparvero per la prima volta le mestruazioni, che nei primi tre mesi furono regolari; nel quarto però, furono precedute da dolori, e si presentarono in forma di menorragia discretamente imponente. Da questo punto incominciò la lunga iliade di mali, che ha poi quasi sempre sofferti la

Digitized by Google

nostra malata. Riavutasi dalle conseguenze della metrorragia, fu assalita da fiero dolore nella gamba destra, (nevralgia ischiatica?), che durò circa 15 giorni, e che fu medicata con alcune unzioni, e con un vescicante applicato alla regione poplitea. Trascorso qualche altro tempo, la malata cominciò a soffrire di dolori alla regione addominale, che andavano e venivano, e che erano molto variabili sì per la forza che per la durata. Più tardi si stabilì anche un forte dolore alla regione epigastrica, che a volta a volta diventava straziante, e che era accompagnato da vomito di materie viscide ed amare, che venivano emesse sotto violenti conati. In uno di questi vomiti, *stando a quanto narra l'inferma*, fu espulsa una notevole quantità di sangue aggrumato. La tosse secca, la diarrea ed una totale anoressia, completavano il quadro sintomatico, che si rinveniva nella nostra malata. Non ostante tutti questi incomodi, essa però non smise dalle sue occupazioni, se non quando, per l'accrescersi smisurato di essi, fu costretta a consultare un medico, che dopo averle propinati infruttuosamente alcuni rimedi, la consigliò a ricoverarsi nell'ospedale (Maggio 1867). — Qui per parecchio tempo seguitò il dolore vivo all'epigastrio, l'anoressia, ed il vomito delle materie ingerite, che accadeva sotto sforzi violenti. In vista specialmente del fatto narrato dall'inferma, di avere cioè avuto vomito sanguigno, fu fatta diagnosi di probabile ulcera rotonda dello stomaco. Sotto l'uso dei rimedi amministrati, (alcalini, morfina, estratto di canape indiana, atropina), dopo due mesi dal suo ricevimento, uscì sensibilmente migliorata, per ritornare all'esercizio della sua professione di servente. Dopo qualche tempo però, ritornarono i soliti dolori, che pure furono sopportati per qualche giorno, finchè l'esacerbarsi di essi, ed il nessun frutto ricavato da una cura, che fece nella propria casa, la costrinsero a ricoverare di nuovo nell'ospedale, (Ottobre 1867). — Rimase nello stabilimento per circa 5 mesi, offrendo presso a poco i medesimi sintomi, di cui però il più notevole era sempre il dolore alla regione epigastrica. Migliorata di molto, volle fare ritorno alla casa paterna, benchè si trovasse affetta da catarro bronchiale acquistato nella convalescenza, per essersi esposta a cambiamenti di temperatura. Però il disagio del viaggio esacerbò in modo questo catarro, che giunta a casa si pose a letto con febbre, che durò per molti giorni, durante i quali fu sempre tormentata da tosse gagliarda, e da dolore sulla linea mediana del torace (bronchite?) — Rimessasi alquanto in salute, ritornò di nuovo a servire nella città, benchè fosse tuttora travagliata da tosse molto frequente, ma però di modica intensità. — Dopo alcuni giorni, in seguito ad una caduta da una scala, riportò alcune contusioni nel dorso, per cui ebbe a soffrire per lungo tempo un forte indolenzimento in quella località. Frattanto i disagi inseparabili dalle sue occupazioni, fecero sì che ritornasse di nuovo il dolore epigastrico e l'anoressia, mentre anche la tosse, che mai l'aveva lasciata, si fece molto più intensa. Per parecchie sere ebbe brividi di freddo susseguiti da calore, e non potendo più attendere alle faccende domestiche, fece ritorno all'ospedale dove fu ammessa il 12 Marzo 1868. Dallo stato presente registrato in quell'epoca, risulta, che nella malata eravi catarro circoscritto e leggiera infiltrazione all'apice del polmone destro, caratterizzati da suono meno chiaro alla percussione, da espirazione prolungata, e da alcuni rantoli e sibili. Nell'istesso tempo, offrì alcuni fenomeni chiari d'isterismo (bolo isterico, nevralgie, intumidimento transitorio del ventre per raccolta di gas), in seguito di che, fu fatta diagnosi di tubercolosi polmonare incipiente in soggetto isterico. Dopo circa 4 mesi di dimora all'ospedale, ne uscì migliorata ed in modo da potere ritornare a servire. Lo stato di relativo ben essere, fu però anche questa volta di breve durata, poichè dopo circa un mese e mezzo, fece ritorno al suo paese, perchè travagliata continuamente da diarrea, dolori addominali, e vomito di materie biliose. Rimase in casa per circa 3 mesi, dopo di che fu consigliata dal suo medico di fare ritorno all'ospedale, dove fu curata per circa 16 giorni, essendosi in essa riscontrati i segni di una peritonite con scarso essudato siero-fibrinoso nel cavo peritoneale. Migliorò alquanto, ma essendo ritornata di nuovo al servizio, si riaffacciò di nuovo il dolore all'epigastrio, e ripresentaronsi i vomiti, questa volta uniti a costipazione dell'alvo; per tali incomodi chiese di nuovo di essere ammessa nell'ospedale, dove fu ricevuta il 10 Marzo 1869.

L'inferma in tutto il tempo di sua vita, ha sofferti violenti patemi di animo. Non ha avute cattive abitudini. Fra i cibi, ha sempre preferiti gli erbacei e le frutta, alla carne ed agli altri alimenti.

Il 12 Marzo il Prof. Federici presentò la malata nella clinica, dove fu raccolto il seguente

Stato presente. — Aspetto e nutrizione buoni; scheletro proporzionato e robusto; sensorio libero; sensi specifici intatti; le mani e le labbra sono leggermente cianotiche. Lingua larga ed umida, ricoperta da leggiero intonaco epiteliale. Muscolo storno-cleido-mastoideo destro più denutrito del sinistro. Tipo di respirazione costale superiore; l'escursione toracica è più rilevante a sinistra che a destra; le fosse sopra e sotto-clavicolari non offrono abnormità patologiche; spazi intercostali poco visibili, ma eguali; l'impulso del cuore, non è visibile. — Alla percussione non si riscontra alcuna differenza sulle fosse sopra e sotto-clavicolari. — La respirazione è ovunque vescicolare, ma in alcuni luoghi alquanto più ruvida dell'ordinario. I toni del cuore sono pro-

Digitized by Google

fondi e netti; solo il secondo, sulla polmonare e sull'aorta, è alquanto rinforzato.

Nel ventre si osserva un'estesa cicatrice deformante raggiata, che dall'ombelico si porta all'arco costale destro, alla spina anteriore e superiore dell'ileo, ed all'inguine dello stesso lato. L'addome ha una figura globosa, e quasi sferica; gli archi costali non sono visibili, eccetto una piccola porzione del sinistro in vicinanza della linea mediana; il quadrante inferiore destro, è più sporgente nella sua porzione declive. A respirazione naturale, le pareti del ventre si sollevano poco, ma uniformemente; a respirazione forzata si sollevano nel primo tempo uniformemente, ma quindi continua l'innalzamento della parte inferiore, mentre si avvallano i quadranti superiori, e più il sinistro che il destro. La malata dice, che l'inspirazione profonda le suscita un po' di dolore soltanto sul fine. La palpazione grossolana del ventre, fa rilevare una resistenza maggiore al quadrante inferiore destro, dove ridesta anche dolore. Nella linea mediana cresce un po' la resistenza al disotto dell'ombelico sino a 4 dita sopra al pube, e la palpazione anche metodica vi produce forte dolore; nelle linee parasternale ed emiclavicolare sinistra, non v'ha dolorabilità; nelle linee corrispondenti di destra, il dolore sotto la palpazione è grave in tutti i punti, e specialmente dove abbiamo detto che il ventre è più resistente. Sugli inguini, nella regione sopra-pubica, e sui fianchi, una pressione anche piuttosto energica non ridesta dolore. — La milza ed il fegato sono del volume normale. Lo stomaco è ristretto, il colon è molto dilatato. — Pulsazioni, respirazioni, e temperatura, normali.

Fra i sintomi subbiettivi, primeggiano il forte dolore all'epigastrio, l'anoressia, ed il vomito che travaglia l'inferma, appena ingerita qualsiasi sostanza.

Ordinazione: iniezione ipodermica di morfina.

Da questo tempo sino ai primi del mese di Maggio, lo stato dell'inferma si può riassumere colle seguenti parole.

Il vomito delle sostanze ingerite, siano alimentari, siano medicinali, solide e liquide, continuò ad effettuarsi sempre ostinatamente pochi minuti dopo il pasto, sul principio con leggieri conati, ed in appresso come per rigurgito, e senza che la malata ne provasse grave molestia. Infruttuosi riescirono a sedarli tutti i rimedi messi in opera (estratto di belladonna, atropina, acque antisteriche, ghiaccio, elettricità, acqua di Seltz, cloroformio, acquavite ecc.), come neppure giovò il somministrarle, i più svariati alimenti, (pillole di carne cruda, latte, carni salate, frutta ecc.). Le sostanze vomitate erano quasi sempre in maggior copia delle ingerite, per molto muco che vi si trovava commisto. — Spessissimo si manifestarono algie in diverse parti del corpo, ora al vertice del capo, ora ai spazi intercostali, ora in mezzo allo sterno ecc. — Lo stato del ventre migliorò alquanto dopo l'uso di bagni freddi in quella regione, in modo da rendersi più appianato, e più accessibile ad una palpazione regolare; questa seguitò però sempre a suscitare dolore nella metà destra dell'addome, dove fece riconoscere costantemente un grosso tumore, ora limitato alla regione del cieco, ed ora a quella del colon ascendente e trasverso. A questo sintoma obbiettivo corrispondeva una coprostasi ostinata, ed in modo che passavano spesso 7 od 8 giorni, senza che si avesse alcuna defecazione. Queste, erano provocate per lo più da clisteri irritanti, (con solfato di magnesia, sena, sapone medicinale), e consistevano in enormi masse cilindriche attorniate da muco; la malata cadeva spesso in deliquio, quando emetteva fecci di tale natura. — Nella regione epigastrica persisteva sempre il dolore, che si faceva più vivo alla palpazione, ma che si esacerbava in modo straordinariamente forte, sollevando la pelle in piega nel punto corrispondente. Circa la metà di Aprile la voce della malata si era fatta debole in modo, da non potere esprimersi se non parlando sotto voce; la voce riacquistava il timbro normale, facendo tendere le corde vocali con una pressione sui lati del laringe. Ad intervalli la malata diceva di avvertire un senso di prudore lungo la colonna vertebrale, ma un esame attento di quella località, non vi fece riconoscere alcuna alterazione. — Le estremità inferiori erano spesso obbiettivamente e subbiettivamente meno calde delle superiori. La escrezione dell'orina è stata sempre scarsa e dolorosa; l'analisi chimica di essa diede sempre risultati negativi. Le pudende erano dolorabili al più piccolo contatto; si è osservato un catarro continuo della mucosa utero-vaginale, di cui l'inferma non ha saputo dire in qual tempo sia incominciato. — Il numero delle pulsazioni oscillò sempre fra le 80 e le 100 al minuto; quello delle respirazioni da 24 a 40, e la temperatura da 37,2° a 38°, eccettuati alcuni giorni, in cui ascese sopra al 38°, senza però sorpassare mai il 39°. — La nutrizione della malata in mezzo a tanti mali, si è mantenuta sempre buona. È stata sempre in grado di fare qualunque movimento gli venisse ordinato, ma però non è stato possibile di farla levare di letto, perchè diceva assolutamente di non poterlo. Il morale della malata è stato quasi sempre depresso.

Nei primi di Maggio a scopo diagnostico e curativo, furono amministrate alcune polverine di acido arsenioso, ma però anche queste furono subito vomitate senza per altro accrescere affatto il dolore all'epigastrio. Circa quest'epoca la sensibilità alla pressione si accrebbe oltre modo, specialmente nella fossa iliaca destra, di maniera che ogni più leggiero toccamento risvegliava nel-

Digitized by Google

l'inferma una sensazione simile a quella della puntura di parecchie spine. La malata diceva pure di sentirsi come intorpidito l'arto inferiore sinistro e specialmente dal ginocchio in alto. Questa specie di torpore diffusosi poi anche all' arto superiore dello stesso lato fu causa, che nel giorno 9 Maggio si ritornasse ad esplorare tanto la sensibilità specifica e generale, quanto la motilità, e ne potemmo raccogliere i seguenti risultati:

1) *Anodinia* cutanea completa di tutta la metà sinistra del corpo, compresa la faccia e le mucose di quel lato, demarcata quasi esattamente dalla linea mediana.

2) *Anestesia* incompleta dell'istesso lato: *a*) sensazione di temperatura pervertita; l'acqua calda al pari della fredda produce una sensazione identica di freddo; *b*) sensibilità di contatto abolita; *c*) sensibilità auto-muscolare e dei capi articolari conservata; *d*) anosmia ed agheustia nella metà sinistra delle mucose del naso e della lingua, udito alquanto più duro a sinistra, facoltà visiva intatta.

3) *Anodinia elettro-muscolare* su tutta la metà sinistra del corpo.

4) *Contrattilità* elettro-muscolare abolita su quasi tutti i muscoli della metà sinistra del corpo, eccettuati i flessori delle dita della mano, i sterno-cleido-mastoidei e pochi altri della faccia.

5) *Iperestesia* nella metà destra del corpo.

6) *Motilità* volontaria conservata nello stesso grado su ambedue le metà del corpo. Moti reflessi aboliti a sinistra.

È a notare che durante l'esplorazione elettrica, l'applicazione degli elettrodi umidi sulla parte sinistra del corpo, ed in specie sul tronco e sulla faccia, produceva istantaneamente un eritema considerevole.

Nei giorni susseguenti la malata ebbe a soffrire per ritenzione di orina, e spesso passavano due o tre giorni senza che se ne emettesse affatto (paresi vescicale? contrattura spastica dei muscoli che chiudono la vescica?). Una volta, essendosi verificato tumore vescicale, fu dovuto praticare il cateterismo, ed in tale occasione fu potuto anche rilevare, che esisteva iperestesia della metà destra della vulva e dell'uretra, ed anodinia della metà opposta. Dopo qualche giorno, la malata tornò ad orinare con facilità, risentendo solo qualche fastidio nel passaggio dell' orina lungo l' uretra, dovuto all' iperestesia della metà destra di questo canale. Dall' 11 di Maggio in poi, fu notata anche ptosi palpebrale sinistra, e deviazione *reale* della lingua verso sinistra (1). Contemporaneamente era ritornata la sensibilità dolorosa e di contatto sulle dita della mano sinistra, in corrispondenza dell'articolazione omero-radiale, ed in un punto circoscritto del cavo ascellare dello stesso lato. — In questo frattempo la terapia non fu certamente inerte, giacchè furono tentati pressochè tutti i rimedi suggeriti contro tali affezioni, ma sempre inutilmente.

Col fine di Giugno, essendo avvenuta la chiusura delle cliniche, la malata passò a turno sotto la cura dei Dottori Bernardi e Morelli, per la cui squisita gentilezza, ho potuto però seguitare a vedere, ed esaminare di tempo in tempo l' inferma. In uno di questi esami (15 Luglio) osservai di particolare, che era scomparsa l'afonia e la ptosi palpebrale, e che anche la lingua veniva sporta regolarmente. Rapporto allo stato dell' anodinia, era notevole, che mentre essa si era estesa a tutto il cuoio capelluto, anche nella parte destra, era al contrario scomparsa in alcuni altri distretti; una figura sensibile di forma ellittica, si riscontrava sul lato sinistro del torace, diretta orizzontalmente dal capezzolo della mammella verso lo sterno; un altro recinto sensibile, si trovava pure nel quadrante inferiore sinistro del ventre, il quale incominciando poco al disopra della branca orizzontale del pube, si portava sino al coccige comprendendo anche la metà sinistra della vulva, su cui nei giorni precedenti si era trovata anodinia completa. Le linee che limitavano questi distretti sensibili, dalle parti circostanti anodine, potevano tracciarsi rigorosamente, mercè punture di spillo. Nella mano sinistra era ritornata la sensibilità sin quasi al carpo. — Del resto, lo stato generale dell' inferma si era mantenuto inalterato, persisteva la coprostasi abituale, e le sostanze ingerite venivano ancora vomitate quasi in tutta la loro totalità.

Nel 30 *Luglio*, trovai che era ritornata la sensibilità sulla parte destra del cuoio capelluto, e che per inverso era ritornato anodino quel distretto che fu trovato sensibile nell'esame precedente, dal ventre al coccige. La figura sensibile ellittica sul torace sinistro, era rimasta limitata nell' istesso confine. Benchè ancora si sentissero sul cieco e sul colon i soliti tumori da materie fecali, pure si aveva diarrea insieme a leggiero grado di tenesmo (diarrea da coprostasi). I vomiti erano continuati sempre; lo stato generale era alquanto scaduto.

15 *Agosto*. — Prosegue il medesimo stato. Si è

(1) La deviazione *reale* della lingua verso il lato paralizzato, dipende dalla mancante sinergia dei muscoli genioglossi (Herzka, Schiff); si ha però anche una deviazione *apparente* (Griesinger), che è quella che suole rinvenirsi nelle emiplegie facciali; in questi casi, volendo sporgere la lingua, vi si associano movimenti dei muscoli della faccia del lato sano, mentre rimangono in riposo quelli del lato malato; è ben naturale, che si debba osservare uno spazio maggiore fra l'angolo della bocca e la lingua, nel lato sano, e così far comparire la lingua deviata verso la parte malata.

Digitized by Google

tentata l'applicazione di una magnete al petto ed al capo, (esperimento del Maggiorani), ma benchè sia stata lasciata in posto per lungo tempo, l'inferma non ha provata alcuna sensazione anomala. Non si sentono più nei soliti luoghi, i tumori da materie fecali.

28 *Settembre.* — È sparita completamente l'anodinia e l'anestesia sinistra, in modo repentino e senza causa apprezzabile; è subentrata invece iperestesia generale; continua la diarrea, ma però senza tenesmo; il ventre è ancora dolentissimo, i vomiti persistono sempre. In ore indeterminate la malata prova brividi di freddo susseguiti da calore, e da vero elevamento di temperatura; di tratto in tratto si presentano accessi di tosse secca e molesta. L'esame fisico del torace, dà risultati negativi. Lo stato generale è molto scaduto; l'inferma ha perduto il suo colorito, il pannicolo adiposo è quasi scomparso, le masse muscolari atrofiche.

5 *Ottobre.* — L'iperestesia è cessata. L'anodinia è ritornata incompleta sul braccio è sulla coscia sinistra (le punture di uno spillo vengono avvertite, solo quando sono state fatte con forza). La sensibilità di temperatura è conservata dovunque. Un raggio della cicatrice, che ha la malata sul ventre, si è reso oltremodo doloroso, e sembra una corda tesa dall'ombelico all'arco costale destro.

11 *Ottobre.* — La sensibilità dolorosa, è scomparsa di nuovo sulla metà sinistra della faccia; la sensibilità elettro-muscolare è conservata sulla metà destra del corpo; a sinistra in molti punti è abolita, in altri è indebolita, e nella faccia è accresciuta straordinariamente. L'applicazione degli elettrodi al disopra dell'epigastrio, suscita un leggiero senso di formicolio. Ponendo uno degli elettrodi sul tragitto del colon e l'altro sul retto, la sensibilità è fortissima, come lo è pure in modo insolito, quando si applicano i due elettrodi lungo il tragitto del nervo crurale, tanto destro che sinistro. La contrattilità elettro-muscolare è abolita a sinistra, eccetto che nei flessori delle dita della mano, nei pronatori del braccio, nello sterno cleido-mastoideo, e nei muscoli della faccia; nella gamba, si ottiene la contrazione del retto interno, solo quando uno degli elettrodi si porta sul tronco del nervo crurale. — Il dimagramento della malata ha fatto rapidi progressi. Il suo morale è ordinariamente apatico, e si eccita soltanto quando gli si risveglia qualche dolore intenso; come quello prodotto dalla palpazione del ventre; allora si fa rossa in viso, e piange molto facilmente. Continua la diarrea di materie molto prosciolte ed assai fetide. Palpando il ventre si avverte una resistenza molto diffusa ai quadranti inferiori, però sempre maggiore verso destra. Nelle parti più declivi si ha ottusità alla percussione.

20 *Ottobre.* — Lo stato generale dell'inferma è pessimo; nella notte ha incominciato a soffrire per un forte dolore alla coscia sinistra.

21 *Ottobre.* — Nella notte si è tumefatta di molto la gamba dolente; il dolore è specialmente localizzato sul tragitto dei grandi vasi; l'esplorazione di essi è impossibile, a motivo del dolore straziante che accusa l'inferma, appena si comincia a toccarli. Prostrazione grande; polsi filiformi. La malata non ha mai dormito durante la notte.

22 *Ottobre.* — Si è fatta dolente anche la gamba destra. Sul tragitto delle vene delle gambe è impossibile la palpazione, perchè suscita i più violenti dolori; questi sono anche più forti verso la piegatura delle coscie. L'inferma accusa una forte sensazione di freddo nelle gambe dolenti; nella notte non ha dormito ed è stata travagliata dal singhiozzo. Nelle radiali non si sente alcuna pulsazione. Temperatura di collapsus. Da due giorni è cessata la diarrea; l'inferma ha vomitato anche oggi un poco di brodo ingerito. — Dopo il mezzogiorno si è ripresentato il singhiozzo. — La cute, anche obbiettivamente è fredda, nè valgono a riscaldarla i panni caldi con cui viene involta. — Il sensorio è rimasto libero sino a circa le 6 pom. — Verso quest'ora incomincia un sub-delirio tranquillo; l'inferma prega l'infermiera di raccoglierle le mani che le sono cadute; quindi non proferisce alcun'altra parola; le respirazioni diventano gradatamente appena osservabili; alle 7 pomeridiane avviene la morte.

Quando per la prima volta fu portata l'attenzione sull'inferma, dopo la sua ultima ammissione all'ospedale, i vomiti costituivano il sintoma più notabile, insieme alla stitichezza di ventre, e alla presenza di tumori, non molto resistenti, al quadrante inferiore destro dell'addome, sui quali si destava una risonanza timpanitica vuota, e che non mantenevano sempre la stessa posizione. I vomiti succedevano subito regolarmente dopo i pasti e per qualunque cibo ingerito, e le materie emesse constavano di alimenti presi, grandi quantità di muco, e tutte insieme erano in maggior volume, che non gli alimenti ingoiati. Talora erano preceduti da brevissime nausee, tal'altra da nessuna, seguiti da indolenzimento della regione epigastrica.

Il Prof. Federici recò l'attenzione sui caratteri seguenti: 1) regolarità e costanza dei vomiti, che succedevano immediatamente ai pasti; 2) presenza di molto muco, senza altri sintomi di catarro gastrico, e quantità delle materie emesse superiore ai cibi presi; 3) dolore più forte sollevando in pieghe le pareti epigastriche, che premendo sullo stomaco. — Tale complesso di segni, e soprattutto la costanza dei vomiti, si sarebbero potuti riferire ad ostacoli meccanici al corso dei cibi nel tratto dell'esofago o nel piloro; ma per accordare questo sintoma al rapido insorgere dei

Digitized by Google

vomiti, sarebbe convenuto ammettere l'ostacolo al cardias, mentre questa condizione la escludevano: 1) le masse di muco; 2) il fatto che per mezzo dell'ascoltazione e della percussione si poteva seguire il corso dei cibi fin nello stomaco; 3) l'incominciata digestione di certi cibi p. es. del latte, che spesso l'abbiamo riveduto coagulato e di reazione acida. Si sarebbe potuto sondare l'esofago per avere maggior certezza, se questa prova spiacevole non fosse apparsa superflua. Infine il dimagramento dell'ammalata non era in proporzione con un impedimento al corso delle materie nello stomaco, e molto meno nel cardias. Contro un restringimento pilorico deponevano la pronta successione del vomito al pasto, le piccole nausee, e talora mancanti, le grandi masse di muco senza corrispondenza di altri sintomi di catarro. — Quanto alle cagioni che avrebbero potuto determinare l'ostacolo, non si poteva ricorrere che agli effetti di peritoniti croniche, o di cicatrici di un'ulcera perforatoria preesistita: per la peritonite militavano i sintomi del dolore, della coprostasi, (chè non potevano essere che da coprostasi i tumori assegnati), e le traccie di piccolo versamento che talora apparvero, talora no negli esami fatti a più riprese. Ma d'altra parte se una peritonite può esser seguita da effetto di ostacoli al corso degli alimenti nel canale intestinale, ciò non fa che producendo concrescimenti degli intestini verso di sè, e di questi coi visceri vicini, e con le pareti addominali, il che veniva escluso dalla mancanza di due segni dei quali si deve fare grandissimo conto, cioè, della risonanza del ventre, il quale a brevi intervalli fa sentire dove il suono alto e timpanico, dove chiaro timpanitico, dove profondo e oscuro, senza quell'ordine che suole trovarsi percuotendo successivamente sullo stomaco, sul crasso, sul tenue; e inoltre dell'alterato movimento delle pareti addominali, e dello imperfetto scorrimento dei visceri intra-peritoneali. La peritonite in corso poi doveva tenersi di pochissima importanza, da non essere cagione dei vomiti, i quali sono effetto tanto frequente e diretto delle gravissime peritoniti. Nè era più ragionevole supporre una cicatrice di una ulcera pregressa, comechè altra volta si potesse sospettare dell'avvenimento di tale alterazione morbosa, poichè quel tempo era troppo remoto, e trascorso senza indizi che si andasse organizzando una simile anomalia. Esclusi gli ostacoli meccanici, non potevamo ammettere che il vomito nervoso. Da molte storie si apprende, con quanta ostinazione e costanza e per quanto tempo siensi potuti mantenere vomiti, che non potrebbero riferirsi che a un disturbo d'innervazione. Se noi presupponiamo che la membrana mucosa si renda iperestetica, per cui gli eccitamenti meno intensi si rendano morbosi in tali condizioni di sensibilità organica, noi troveremo il perchè sopraggiunga il vomito assai presto; perchè, dai movimenti reflessi eccitati operandosi la dilatazione attiva dell'esofago, e la conformazione a imbuto del cardias, senza gravi sforzi, e senza nausea accada l'emissione delle materie; e perchè infine queste materie si compongano massimamente di muco, il quale fa ascendere il peso di esse al disopra di quello dei cibi ingeriti. La ragione di questo fatto è riposta in quella legge, che eccitando una superficie capace di secernere un umore speciale, se questa superficie è iperestetica, l'iperemia consecutiva diviene straordinaria, e con ciò la secrezione soprabbondante. Essendo un catarro transitorio e ricorrente, mancavano negli intermezzi da un pasto all'altro i sintomi della gastrite cronica. In quei casi non fa che esagerarsi il processo fisiologico della digestione. Con questa ipotesi si spiegava ancora la mancanza di proporzionato dimagramento. La mucosa dello stomaco non essendo disnaturata poteva segregare succhi adatti alla chimificazione, e i cibi non venivano tutti espulsi, come noi confermammo poi con l'esame grossolano delle fecci. Quest'ipotesi, che dall'esclusione di altri stati morbosi si rendeva già oltremodo probabile, si confermava ancora in altro; si confermava cioè con l'indubitata esistenza di un morbo che altera tanto comunemente i movimenti e la sensibilità tanto della vita organica che di relazione; voglio dire l'*isterismo*. Noi ne riconoscemmo i principi in quei gonfiamenti improvvisi del ventre, che si erano osservati sin dall'anno innanzi, nella sensazione di un nodo alla gola, che allora ci accusava l'inferma, nelle frequenti nevralgie intercostali, e infine nel grave dolore dell'epigastrio più che dello stomaco. Mancavano le anestesie, le paralisi ecc., ma non è sempre necessario che queste precedano ai disordini viscerali, e nel caso nostro, che la nevralgia isterica imperversasse nello stomaco più che altrove, appariva credibile da che questo viscere poteva considerarsi come mal disposto, avendo sofferto già da anni di tanto acerba nevralgia, se non di guasto più profondo. La diagnosi che discendeva adunque da queste considerazioni del Prof. Federici che io riferisco sommariamente, era di vomito isterico, complicato da coprostasi e leggiere peritoniti. — Questa diagnosi, che fu confermata anche dal chiarissimo Prof. Concato, che in quel tempo onorò con una sua visita la nostra clinica, fu poi abbastanza schiarita per l'ulteriore decorso della malattia. I sintomi dell'isterismo si fecero sempre più patenti, e i disordini della sensibilità e motilità accennati nella storia, furono tanto caratteristici pel loro andamento, da non poterli riferire che a quella malattia. — In seguito quando nel Settembre cominciò a farsi notevole il dimagramento dell'inferma e si presentarono la diarrea e gli accessi febbrili, non si poteva essere in dubbio,

Digitized by Google

che non fosse insorta dal lato degli intestini una grave complicanza, tale da disturbare l'assimilazione del poco cibo che non veniva reietto; complicanza sulla cui natura e modo di origine poteva dare una spiegazione la coprostasi preceduta nel cieco, che costringendo le materie a stanziare più dell'usato nella parte inferiore del tenue, doveva per tal modo causare un'enterite catarrale, con tutte le conseguenze, che questa era capace d'indurre in un organismo mal disposto dalle lunghe sofferenze. La scomparsa dell'anodinia, avveratasi negli ultimi tempi, giustificò l'apprezzamento che si era fatto di questo segno, cioè la sua natura isterica. — Finalmente, nel marasmo sempre crescente, occasionato dai vomiti pertinaci e dalla complicanza insorta dal lato degli intestini, si vide la causa della trombosi delle vene degli arti inferiori, e dell'esito necessariamente letale, a cui dovette sottostare la nostra malata.

La *Sezione* fu fatta da me nella mattina del 24 Ottobre 36 ore dopo la morte, e ne raccolsi il seguente reperto anatomico.

Cadavere lungo metri 1,62: pannicolo adiposo scarso: musculatura flaccida e poco evidente: rigidità cadaverica scomparsa: muscoli di colore pallido. — Aperte le cavità del torace e del ventre con un taglio ellittico, ed asportatane così la parte anteriore, si sono trovate leggere aderenze fra le pleure costali e le viscerali; i polmoni di colore normale, il fegato ingrandito, l'omento saldato in qualche punto col peritoneo parietale e con il viscerale, e dentro il cavo peritoneale una discreta quantità di liquido sieroso purulento, raccolto specialmente nell'escavazione pelvica. Le intestina di un colore grigio lavagna; in nessun punto di esse depositi di fiocchi fibrinosi. — Le pleure, costale e viscerale, sono leggermente aderenti fra di loro, specialmente verso gli apici dei polmoni. I polmoni sono dappertutto bene aereati; negli apici di essi si riscontrano molti piccoli tubercoli grigi e trasparenti, che osservati bene, appariscono attraversati nel loro centro da piccole ramificazioni bronchiali. — Il pericardio è normale, e contiene una discreta quantità di siero. Il cuore è ricoperto da molto adipe, ed è di un volume fisiologico. I ventricoli e le orecchiette sono pieni di sangue aggrumato: apparecchi valvolari normali. Il fegato ingrandito di volume, giunge sino alla linea ascellare sinistra. I caratteri macroscopici e microscopici, rivelano in esso uno stadio abbastanza avanzato della degenerazione adiposa. Nella sua faccia convessa è tenacemente aderente alla volta del diaframma, mercè solide briglie di antica formazione. — La milza è di volume normale, ed offre ben distinti gli acini del Malpighi. — Lungo l'esofago nulla di abnorme. Lo stomaco è alquanto impicciolito di volume: la sua mucosa è pallida, ed increspata, specialmente verso la grande curvatura. Nessuna traccia di cicatrice: il cardias è normale; il piloro leggermente ristretto. Appena passata la valvola pilorica, si osserva che la mucosa del duodeno è finamente iniettata, e di un colore quasi violaceo: gli sbocchi dei condotti biliare e pancreatico sono pervii. Nel digiuno, la mucosa è inspessita, e di colore grigiastro, nella sua sierosa si osservano macchie di pigmento nero. Nel punto dove il tenue prende il nome di ileo, si osservano nella mucosa due ulcerazioni, con margini frastagliati a fondo irregolare, del diametro di circa 2 centimetri: il resto dell'ileo trovasi disposto ad anse strettamente saldate fra di loro, e col grande omento, il quale in questo punto è ingrossato sino a raggiungere la spessezza di qualche linea: provando a distaccare tali aderenze, non vi si riesce senza produrre lacerazioni degli intestini. Nei punti di saldatura della sierosa, corrispondono internamente altrettante ulceri della mucosa, quali più grandi e quali più piccole, della forma prima descritta, con il fondo di colore rosso-scuro e guarnito di piccoli grumetti di sangue. Alcune di queste ulceri si sono approfondate sino alla sierosa, e due di esse la trapassano, mostrando due piccoli fori circolari. Nei punti intermedi alle ulceri, la mucosa è leggermente iniettata, e di colore grigiastro. Il mesenterio è inspessito su tutta la sua estensione, ma specialmente nei punti vicini alle ulceri. Nel cieco non si rinviene alcuna abnormità: è di volume quasi normale, la sua mucosa è alquanto increspata; nell'appendice vermiforme, alcuni tricocefali. Nel colon ascendente e traverso si nota che la mucosa è molto inspessita ed increspata, e che il loro lume interno è considerevolmente ridotto. Nel colon discendente e nella *S* iliaca, questi caratteri sono anche più pronunciati. — Il pancreas, i reni, e le glandole retro-peritoneali, non presentano alcunchè di abnorme. — L'utero è piccolo, la porzione vaginale è normale e solo di colore un poco oscuro. La cavità uterina è formata quasi tutta a spese della parte destra. La mucosa è di colore grigio lavagna. Il foro uterino della tromba sinistra, è perfettamente obliterato. Le trombe sono ingrandite di volume, e sono ripiene di una materia gialla-cremosa; tali condizioni patologiche sono però più pronunciate a destra che a sinistra. Le ovaie hanno un volume normale; il loro parenchima è di colore grigiastro, e solo nella sinistra si osserva un follicolo di Graaf. — Nella vescica orinaria nulla di abnorme. — La vena iliaca esterna sinistra, è otturata da un trombo poco tenace, ma che si può seguire sino alla femorale, safene ecc. La iliaca destra ha qua e là alcuni piccoli trombi, ma poco aderenti alle pareti. La vena cava è pressochè vuota di sangue. — Nella cavità del cranio, nulla si è rinvenuto di abnorme. La sostanza cerebrale è della

Digitized by Google

consistenza ordinaria; punteggiatura normale; grossi gangli del cervello, ponte del Varolio e midolla allungata, intatti. Nei ventricoli piccola quantità di siero; le arterie della base del cranio vuote di sangue, le vene discretamente piene. Nella teca vertebrale, discreta quantità di liquido; le meningi, la midolla spinale, e le origini dei nervi spinali, presentano i caratteri fisiologici. — L'esame microscopico di alcuni tronchi e gangli nervosi, non vi ha fatto rinvenire alcuna abnormità.

Il reperto anatomico, non ci svelò dunque alcuna lesione dei centri nervosi, o dello stomaco, che potessero dar torto alla valutazione, che, durante la vita, si era fatta dell'anodinia, dell'anestesia e del vomito, sintomi tutti, che insieme a molti altri enumerati nella storia, vennero riferiti all'affezione isterica. In qual nesso poi le vistose alterazioni rinvenute nel cadavere, stessero con la malattia, che principalmente ci occupa, lo vedremo più innanzi nelle brevi considerazioni che faremo seguire alle storie dei casi. Per ora ci basta solo il dire poche parole di tali alterazioni su cui non dovremo più ritornare, affine soltanto di stabilire a quali processi patologici debbano esse riferirsi. Secondo noi, le alterazioni rinvenute devono distinguersi in due categorie, l'una, cioè, che comprenda quelle di antica data, e l'altra quelle più recenti, Fra le prime dobbiamo annoverare le vestigia di antiche peritoniti circoscritte, (aderenza della faccia convessa del fegato col diaframma ecc.), i segni di preceduta pneumonite con probabile diffusione alle pleure (focolai peribronchitici, aderenze pleurali), le alterazioni corrispondenti ad una salpingite catarrale cronica (essudato emoso nelle trombe falloppiane), e gl'indizi di antico catarro uterino (colore della mucosa dell'utero). Fra le alterazioni di data recente, primeggiano poi le ulcerazioni intestinali, che occupano la parte inferiore del tenue. Esse devono avere avuto il loro principio soltanto circa il mese di Luglio, e devono essere state la conseguenza di un processo catarrale, originatosi pel soffermarsi delle materie escrementizie nella parte inferiore del tenue, motivata dalla coprostasi tuttora esistente nel cieco, la quale doveva impedire alle fecci sopravvenienti di sorpassare la valvola del Bauhino. Le ulceri intestinali renderebbero poi ragione dei segni rinvenuti di peritonite circoscritta recente (saldatura delle anse dell'ileo ecc.), la quale si sarebbe ordita quando il processo ulcerativo si era diffuso sino alla sierosa. La comparsa del catarro e delle ulceri, di una alterazione cioè, che tanto nuoce alla nutrizione, per l'impedito assorbimento nei tenui, fu secondo noi la causa per cui la malata, prima vegeta e fiorente, non ostante le sue sofferenze, precipitò ad un tratto nel marasmo che doveva ben presto condurla alla morte. Recentissima poi fra tutte le alterazioni, noi riteniamo la trombosi delle iliache, che senza alcun dubbio deve riguardarsi come trombosi marantica.

Caso 2.° — Teresa D., di Camerino, dell'età di 33 anni, nella sua prima giovinezza ha esercitato il mestiere di tessitrice, che poi abbandonò per farsi prostituta. — Deriva da madre morta anasarcatica, e da padre morto per emorragia cerebrale; ha un fratello ed alcune sorelle di buona complessione, che hanno sempre goduto di buona salute, ed una sorella che soffre da vari anni, per dolori addominali, affanno di respiro e convulsioni. — Nell'infanzia ebbe inoculata la linfa vaccinica, più tardi fu malata per tifo, e nel 13.° anno fu mestruata per la prima volta. Le mestruazioni, quando non furono fisiologicamente interrotte, (il che accadde per due volte), si rinnovarono sempre regolarmente, e del tutto normali, sino al mese di Maggio 1868, in cui cominciarono ad essere accompagnate da dolori, e costituite da scolo di sangue più scuro del solito. In detto tempo la malata ebbe a soffrire alcuni giorni, per una faringite catarrale, acquistata, secondo quello che ne pensava essa stessa, col trattenersi fino a notte avanzata, con leggiere vestimenta, fuori della porta della sua abitazione. Nell'istesso tempo provò anche disturbi nervosi (sic), che l'inferma dice causati da inquietezza di animo. Guarita da questa indisposizione, la malata nel levarsi di letto, avvertì per la prima volta, che non poteva adoperare perfettamente la parte sinistra del suo corpo; fece ricorso ad un medico che le prescrisse un'applicazione di mignatte alle apofisi mastoidee, vescicanti alla nuca ed alle coscie, e frizioni con alcool canforato. Verso il fine di Luglio la malata si trovava molto meglio, ed aveva riacquistata quasi perfettamente la facoltà di muovere a piacere gli arti sinistri. Nel 27 Agosto, mentre era stata sorpresa da una pioggia dirotta, fu condotta in prigione, dove stette per circa 3 ore con animo molto agitato, e con le vesti inzuppate di acqua. Posta in libertà e ritornata alla sua casa, fu presa da un intenso tremore delle membra, con sensazione di freddo susseguita da vampe di calore, e nei giorni seguenti da tosse, affanno di respiro, dolore sotto il capezzolo della mammella sinistra, cardiopalmo, e quindi convulsioni cloniche. Anche la paresi ritornò a tutta la metà sinistra del corpo, eccettuata la faccia, e di più dopo qualche giorno si osservò gonfiore del tronco e delle estremità, che però svanì prontamente dietro l'amministrazione di alcune polveri diuretiche. Durante il tempo in cui la malata si curò nella propria casa, si applicò per ordine medico alcuni vescicanti, ed un fonticolo al braccio sinistro. Non ostante queste cure, rimase però un leggiero cardio-palmo, un dolore vago ed intermittente in alcuni spazi intercostali sinistri, la paresi degli

Digitized by Google

arti sinistri, e frequentemente ritornavano gli accessi convulsivi. Nella speranza di rimuovere questi incomodi la D. si determinò a cercare di essere ammessa nell'ospedale, dove fu ricevuta il 16 Novembre 1868.

La malata ha molto abusato del vino e della venere, e nel suo 28.° anno ebbe una blennorragia.

Il giorno 18 Novembre, essendo stata assegnata l'inferma alla sala clinica del Prof. Federici, ne fu fatto l'esame, e si registrò il seguente:

Stato presente. — Corporatura grande, e bene costituita; pannicolo adiposo discretamente abbondante; capigliatura bionda; cute pallida; fisonomia agitata. Nella faccia non si scorge traccia veruna di paralisi. — Il braccio sinistro è più flesso del destro, ed arreca dolore il rimuoverlo dalla posizione che occupa; su di esso trovasi un fonticolo aperto fra il deltoide ed il bicipite; il tendine di quest'ultimo è fortemente teso. Il pollice della mano sinistra, si trova più avvicinato all'indice di quello della destra. Facendo aprire e chiudere rapidamente le mani si osserva che gli estensori ed i flessori della sinistra, funzionano meno sollecitamente, e con minore forza di quelli della destra. Nelle gambe si osservano i medesimi rapporti. — La sensibilità dolorosa è conservata nel braccio sinistro, mentre manca nell'avambraccio, e nella mano dello stesso lato. Sulla faccia, avvi pure anodinia in tutta la metà sinistra, e da ivi si propaga lungo il collo e al di sopra della spalla, sino alla clavicola, ed al margine del cucullare. Sulle mucose, che rientrano nelle cavità della faccia, manca pure la sensibilità dolorosa in tutta la parte sinistra. Dalla clavicola sino alla 4.ª costola la sensibilità dolorosa è conservata come a destra. Dalla 4.ª costa sino alla spina dell'ileo, si trova un altro distretto anodino, che occupa pure la parte sinistra, essendo limitato anteriormente e posteriormente dalla linea mediana del corpo. Nell'arto inferiore sinistro, anodinia completa. I movimenti reflessi, sono aboliti a sinistra, mentre a destra si compiono normalmente. — La sensibilità tattile è incompletamente ed inegualmente abolita sulla metà sinistra del corpo. Nella faccia, e nelle mucose della bocca, del naso e degli occhi, è abbastanza conservata, benchè molto più debole a sinistra che a destra. Sulla linea mammillare, al disotto della clavicola, premendo con due punte di un compasso poste alla distanza di 8 centimetri, sono avvertite ambedue le punte: però la sensazione offre questo di particolare, che la malata ad occhi bendati e per ripetute volte, accenna il punto dove preme la punta che si trova verso la clavicola nel suo vero posto, mentre l'inferiore l'avverte 4 centimetri più in alto. Più in basso sulla stessa linea mammillare, le due punte poste alla stessa distanza, vengono avvertite, ma indistintamente. Sull'avambraccio e sulla mano sinistra, e sulla gamba dell'istesso lato, le due punte del compasso benchè divaricate sino alla distanza di 18 centimetri non vengono avvertite distinte, ma invece la malata dice di sentirne una sola, ed accenna di sentirla sulla metà del tratto, che passa fra le due punte del compasso. La sensibilità della temperatura, sperimentata con l'acqua fredda e calda, si mostra bene conservata. La sensibilità di compressione è diminuita a sinistra; l'inferma ad occhi bendati, raffigura gli oggetti che gli vengono posti nella mano, soltanto quando questi hanno una forma molto spiccata. La sensibilità elettromuscolare, nella parte sinistra è nulla, ma mentre si fa agire la corrente indotta nella parte sinistra della faccia, la malata accusa una sensazione molesta a destra, e nel punto omologo; nella parte destra del corpo è dappertutto normale. La contrattilità elettro-muscolare a destra è normale; a sinistra è bene conservata nei muscoli della faccia, negli estensori delle dita della mano, nell'abduttore e nell'adduttore del pollice, nel bicipite, e nei muscoli della coscia: è diminuita negli altri muscoli del braccio e del tronco; è abolita in quelli della gamba. — Esaminando i sensi specifici del gusto, dell'odorato e dell'udito, si trova agheustia nella metà sinistra della lingua, ed anosmia nella narice destra: le oscillazioni di un orologio, sono avvertite a destra sino alla distanza di metri 1,54 ed a sinistra sin solo alla distanza di metri 0,42. Il senso della vista è intatto. — L'esame dei genitali, fatto con lo speculum, fa riconoscere che la mucosa utero-vaginale trovasi in condizioni normali, in tutta la parte che può dominarsi con lo sguardo; però dalla bocca dell'utero esce un muco denso e filante, che accenna a catarro della mucosa che ne riveste la cavità. La sensibilità dolorosa è abolita sul labbro anteriore del muso di tinca, conservata nel posteriore: i due terzi superiori della vagina, offrono punti anodini disposti irregolarmente, ma a preferenza sul dinanzi; nel terzo inferiore e nella vulva, l'anodinia è solo a sinistra, ed è limitata rigorosamente dalla linea mediana.

Fra le doglianze subbiettive dell'inferma, primeggiano un dolore puntorio, vago e fuggevole, al disotto del capezzolo della mammella sinistra, che s'irradia sino al margine sinistro dello sterno, e talora sino al dorso; questo dolore ha i caratteri di una vera nevralgia intercostale, e con la palpazione, vi si rinvengono anche i punti dolorosi del Valleix. La malata accusa pure forte dolore all'articolazione del ginocchio destro, che le impedisce i movimenti della gamba; tale dolore non sta in rapporto con alcuna alterazione visibile, nè si esacerba con la palpazione. Infine l'inferma si lagna di dolore intermittente al vertice del capo, e di palpitazione di cuore ed affanno di respiro, ai quali ultimi sintomi non corrisponde alcuna alterazione obbiettiva. R. 22, P. 75, T. 37.° c.

Digitized by Google

Ordinazione: Cloroformio applicato con ovatta alla parte dolente, al disotto del capezzolo della mammella sinistra.

Nei giorni susseguenti mentre nell'inferma si presentavano sempre i medesimi sintomi delineati nello stato presente, a quando a quando si osservarono accessi convulsivi di breve durata; l'inferma ora diceva svanito il dolore intercostale e quello dell'articolazione del ginocchio, ed ora lo diceva aumentato. La temperatura, le pulsazioni e le respirazioni presentarono solo poche oscillazioni, anche nel tempo degli accessi. — La malata si è sempre mostrata di umore stravagante, ed è più volte venuta a contesa con altre inferme della sala. Il 4 Decembre dimandò improvvisamente di uscire dell'ospedale.

Durante la sua dimora in casa riebbe più volte il dolore intercostale, ed all'articolazione del ginocchio; emetteva le orine con fatica, e le fecci normalmente. Nel giorno 7 ebbe per la prima volta vertigini di breve durata, che da indi in poi si riprodussero per molti giorni alla medesima ora. Il 9 Decembre, ebbe febbre leggiera che svanì nella notte. In questo tempo fu pure mestruata, però coi soliti dolori. Appetito normale.

Il giorno 17 si portò di nuovo all'ospedale, onde esservi ricoverata.

Nel suo ricevimento, si lagnava di cefalea e di difficoltà alla deglutizione; le fauci erano un poco arrossate, il ventre era tumido. Nei giorni seguenti scomparve il turgore del ventre, e la difficoltà a deglutire. Le alterazioni del senso e del moto, erano le medesime di quelle riscontrate nel primo esame. Specialmente qualche ora dopo il pranzo, l'inferma veniva presa da dolore di capo intensissimo, a cui teneva dietro per qualche minuto un offuscamento di vista, tale da impedirle di discernere gli oggetti anche vicini. Gli accessi convulsivi non si erano più riprodotti sino dagli ultimi di Novembre. — Nel 25 Decembre, in seguito a disturbi psichici sofferti, fu presa da un accesso convulsivo della durata di circa un'ora, caratterizzato da tremore alle membra, esaltamento della sensibilità e della fantasia, sollecitudine dell'attenzione ad ogni minimo fenomeno della malattia, dolore di capo con offuscamento di vista, costrizione alle fauci, globo isterico, grida, ed infine pianto dirotto. — La motilità, dopo l'accesso, sembrava maggiormente diminuita; però, l'inferma potette levarsi dal letto, e passeggiare per la corsia; le orine evacuate dopo l'accesso, erano pallide ed acquose. — Fu ordinato il solfato di anilina.

Nel giorno seguente senza alcuna causa determinante, si ripetette l'accesso convulsivo della stessa forma del precedente, e della stessa durata. Dopo di esso, sembrava indebolita l'attività muscolare, anche negli arti di destra. Nel passeggiare l'inferma trascinava alquanto la gamba sinistra, *senza farle descrivere alcun cerchio;* anche la gamba destra veniva spinta innanzi con qualche difficoltà.

27 *Decembre.* — Quest'oggi non si è ripresentato l'accesso convulsivo; però ha ringagliardito il dolore intercostale ed il cardiopalmo. Spesso si osservano passeggeri tremori delle membra.

28 *Decembre.* — Alle 3 pom. mentre la malata trovavasi al passeggio, è stata presa dall'accesso convulsivo, il quale questa volta è caratterizzato da convulsione tonica dei muscoli della parte destra del corpo, (pleurostotono), ed iperestesia dello stesso lato. Durante l'accesso, l'anodinia e l'anestesia, si sono fatte complete a sinistra. Si è presentato pure il globo isterico, che la malata dice partire dal ventre, accompagnato da impossibilità di deglutire i liquidi ed i solidi. Tosse secca e rumorosa. Dolore vivissimo alla fine della sutura sagittale: la mano posta in quel punto, vi percepisce aumento di temperatura. Nel tempo dell'accesso la malata si lamenta pure di dolore lungo la colonna vertebrale. L'accesso ha la durata di circa 20 minuti.

30 *Decembre.* — Non si è rinnovato alcun altro accesso. Sono comparse le mestruazioni, costituite da sangue nerastro ed accompagnate da dolore vivo all'ipogastrio ed ai lombi, che s'irradia anche nella parte interna delle coscie. — Alcune fomentazioni all'addome, non hanno prodotto alcun sollievo, ed anzi il dolore si è localizzato con maggiore intensità nella fossa iliaca sinistra, dove vi ha intolleranza alla più piccola palpazione. L'inferma paragona i dolori, che soffre, alle doglie del parto. — La venuta della mestruazione, ha anticipato di circa 12 giorni.

Lo scolo dei mestrui seguitò sino ai 5 di Gennaio, ora più, ora meno abbandante. I dolori ora svanivano, ed ora no, quando fluiva maggiore quantità di sangue. La cefalea si fece minore. L'esplorazione della sensibilità durante la mestruazione, diede risultati non diversi dai precedenti: solo a destra l'iperestesia era massima, in modo che il più leggiero contatto veniva percepito dall'inferma sotto forma di gagliardo eccitamento. I moti volontari e riflessi si comportavano nello stesso modo dei giorni antecedenti. Durante la mestruazione non si è verificato alcun accesso convulsivo. — Nel giorno 5 la malata si lamentava solo di poca cefalea, e di leggero cardiopalmo.

Essendosi trovato inefficace il solfato di anilina, in questi ultimi giorni furono prescritti alcuni dei così detti antisterici, e l'estratto alcoolico di noce vomica.

In seguito ad una nuova baruffa avuta con un'altra malata, l'inferma nel giorno 6 volle lasciare definitivamente l'ospedale.

Da informazioni che ho assunte sull'ulteriore decorso della malattia, ho potuto rilevare, che l'inferma nei mesi successivi, si è trovata quasi

Digitized by Google

sempre nel medesimo stato, riguardo alla paresi ed agli accesi convulsivi. Nella state del 1869 ha fatto parecchi bagni solforosi caldi, che portarono qualche miglioramento nella motilità degli arti; la contrattura del braccio, ed il dolore all'articolazione del ginocchio sinistro, scomparvero in tale epoca, nè si sono mai più presentati. La mestruazione ha seguitato a venire ogni mese, ma sempre preceduta ed accompagnata da dolori. Qualche volta si è avuta qualche vertigine, dolore fisso in qualche punto della fronte o sensazione di freddo al vertice del capo. I patemi anche esilaranti, hanno avuto per effetto, sempre, accessi convulsivi più forti degli ordinari; nel Settembre dietro tali cause, se ne sono avuti due fortissimi, per cui la malata è caduta in terra presa da convulsioni cloniche, ma però con coscienza integra. — L'inferma non si è più mai abbandonata ai piaceri di venere, e dice di provarvi quasi ripugnanza.

Il giorno 20 Ottobre 1869, mi sono portato a visitare l'inferma, ed ho osservato che la sua andatura è molto più facile di quando aveva ricoverato nell'ospedale. Il braccio sinistro viene mosso con pari forza del destro. La nutrizione è eccellente. Esaminando la sensibilità dolorifera, l'ho trovata abolita in tutta la parte sinistra del corpo; nelle mucose della lingua e del naso è però soltanto indebolita. La sensibilità di contatto, di temperatura, e di compressione, indebolite solo di poco. La sensibilità elettro-muscolare, mentre al principio dell'applicazione dell'elettricità sembrava molto debole, proseguendo in essa, dopo qualche minuto è ritornata normale. La contrattilità elettro-muscolare è dappertutto normale tanto a destra che a sinistra.

Riesaminate le diverse sensibilità dopo la faradizzazione protratta per 10 minuti, non si è osservato alcun cambiamento.

Gli accessi convulsivi, il dolore caratteristico al vertice del capo, le nevralgie, il cardiopalmo, il bolo alle fauci ecc., posti specialmente in rapporto con le cause produttrici, non potevano lasciarci menomamente in dubbio sulla natura isterica della malattia che ci avevamo dinanzi, quando l'inferma fu fatta soggetto di studio nella clinica. Non mi dilungherò pertanto ad esporre il processo diagnostico con cui si giunse a tale conclusione, e mi restringerò solo a riferire sommariamente le parole con cui il Prof. Federici prese ad analizzare il sintoma, che solo poteva far nascere qualche dubbio sulla sua origine, cioè la paralisi. — « Nulla è più facile che lo stabilire una diagnosi nel più dei casi, dopo aver fatto un esame diligente. Io credo che alla prima impressione ciascuno di voi abbia giudicato esser davanti a un caso ordinario di emiplegia per emorragia cerebrale. La forma di paralisi sforza la mente a ricorrere lì per lì alle alterazioni grossolane del cervello, e nel nostro soggetto tanto più era facile immaginare simil vizio, in quanto che la nostra malata proviene da padre, che finì i suoi giorni per un attacco di apoplessia cerebrale. Un fatto importante, a pensarvi sopra, vi fa dubitare del primo giudizio; manca ogni paralisi di moto nella faccia e nella lingua, il che suole esser raro nell'emorragie cerebrali, nell'anemia, o nel rammollimento di quell'organo; e poi se considerate come funzionino i nervi di senso in questa parte del corpo, restate meravigliati di trovar priva della sensibilità, così detta comune, la metà sinistra della faccia, e della sensibilità specifica l'orecchio e la lingua del medesimo lato. Non ci ha via di mezzo, o l'alterazione è centrale, e a focolai multipli, e tali che sia necessario ammetterli assai circoscritti, tanto che colpiscano le origine dei nervi di senso, lasciando perfettamente libere quelle di moto, p. es. che offenda il trigemino, e risparmi il crotafitico buccinatorio, comprima l'acustico, e non tocchi il settimo; o l'alterazione è, dirò così generale, e solo inegualmente distribuita; una di quelle affezioni, che si chiamarono nevrosi diffuse, e che consistono in mutamenti fini molecolari, piuttostochè in vizi rilevanti di nutrizione, o di circolazione. La prima ipotesi voi già vedete molto inverosimile; basta enunciarla, perchè le dobbiamo rifiutare il nostro assenso. Però seguitiamo a considerare altri segni, e questa improbabilità riuscirà vieppiù manifesta. La sensibilità del tronco, senza punto tenere alcun rapporto con la distribuzione, e le propagini dei nervi, è dove menomata, dove intatta, dove spenta, nella metà sinistra del corpo. Vi sono oltre questo certi fenomeni bizzarri, che voi non riscontrerete facilmente nei morbi da vizio centrale, come il riferire una sensazione eccitata nella parte sinistra del corpo alla parte omonima di destra, il che abbiamo veduto intervenire applicando l'elettricità. Questo invece deve essere non del tutto raro, nei casi in cui il sistema nervoso abbia subito uno sconcerto generale, e siano venute meno quelle condizioni di isolamento, e quei rapporti che costituiscono l'armonia meravigliosa delle funzioni di questo sistema. Guardate infine ai sintomi concomitanti la paralisi, e troverete di che confortare la diagnosi di paralisi isterica, che si va delineando mano mano che si studia tale infermità. Vi sono le convulsioni isteriche, le nevralgie, il bolo, il mutamento di carattere dell'ammalata, il mestiere di prostituta, che facilmente dà luogo a mutamenti organici dell'utero, dell'ovaia, a metriti od oofoririti croniche ecc., che sono pure non l'unica causa, ma una causa assai valevole a svegliare, o a mantenere l'isterismo. Mancano poi i segni propri della cagione operativa della paralisi da oligoemia, da intossicamento di piombo o d'arsenico,

Digitized by Google

della paralisi reumatica, la quale, che io mi sappia, non assume mai la forma di emiplegia, e non si comporta così, come nel caso nostro, agli stimoli dell'elettricità. L'avvenimento dell'emiplegia isterica, e dell'emiplegia sinistra, io ebbi occasione in poco più di un anno di verificare tre volte, e molti esempi potrei addurvene raccolti nella letteratura medica, se noi avessimo qualche dubbiezza nel caso presente, la quale meritasse di essere chiarita dalla testimonianza di fatti simili. Lo studio del decorso di tale malattia, io penso, che mentre ci offrirà materia di utili studi sulla fenomenologia di un morbo così vario, e dirò stravagante, ci darà ancora la più bella prova in mano, della diagnosi che intanto oggi ci crediamo autorizzati di formulare, cioè di *paralisi isterica in forma di emiplegia.* » — Esaminando infatti l'ulteriore decorso della malattia, quale viene descritto nel diario, apparisce evidentemente come la diagnosi non andasse errata, e come anzi il rinnovarsi degli accessi convulsivi, la mutabilità dei sintomi, l'influenza su di essi delle cause psichiche ecc., concorressero validamente a confermarla.

Caso 3.° — Teresa Severini, campagnola dei dintorni di Camerino, dell'età di 22 anni, ha padre e madre viventi: questa gode di buona salute, e quello è abitualmente tossicoloso. Tre fratelli e tre sorelle, che ha l'inferma, fruiscono di una salute perfetta. — Nella sua fanciullezza ebbe inoculata la linfa vaccinica, fu sempre sana, e solo soffrì leggieri disturbi da verminazione. Dell'età di circa 15 anni, fu mestruata per la prima volta regolarmente, e le mestruazioni seguitarono a procedere bene, finchè nel 17.° anno, avendo sofferto un forte patema per la morte di un suo congiunto, svanirono per ritornare da indi a qualche mese spontaneamente, e con la solita regolarità. Nell' occasione dell' accennato patema, fu pure presa da un accesso convulsivo, durante il quale, la malata si ricorda, che aveva la coscienza integra, che si sentiva stringere la gola in modo da non potere proferire parola, e che gli tremavano tutte le membra. Tale accesso ebbe la durata di circa un'ora. Nei mesi successivi ebbe qualche volta a provare simili accessi, ma più leggieri, e sempre determinati da qualche influenza psichica. Un accesso forte ritornò nell'occasione della morte di un altro suo congiunto, e coi medesimi sintomi, che si presentarono nella prima volta. — Dell'età di 20 anni e mezzo circa, andò a marito: rimase quasi subito incinta, godette per qualche tempo di buona salute, e con l'inoltrarsi della gravidanza, provò solo quei disturbi, che soglionsi avere dalla più parte delle gravide. — È a notare, che al dire dell'inferma, gli amplessi coniugali, se si eccettuino poche volte durante la luna di miele, sono stati per essa piuttosto sorgente di noia che di voluttà. — Il parto ed il puerperio trascorsero felicemente: il latte cominciò a segregarsi in gran copia, ed in modo che dopo qualche mese di allattamento, potè senza incomodo nutrire anche un altro bambino non suo. Durante l'allattamento, le mestruazioni si presentarono una sola volta nel quarto mese. — Il giorno 4 Ottobre 1869, mentre trovavasi in stato di ottima salute, la Severini ebbe a soffrire forti dispiaceri, e l'emozione morale che ne risentì, fu anche superiore all'entità dei dispiaceri stessi, il che la malata riferisce al suo *naturale sensibile.* Verso sera mangiò come d'ordinario, ma però con poco appetito, e quindi si pose in letto per dormire. Però dopo qualche ora fu assalita da tremore intenso alle membra, da sensazione di freddo alternato a calore, e da vomito delle sostanze ingerite nella sera. Contemporaneamente si lagnava anche di violento dolore di capo, localizzato specialmente alle tempia, e di un senso di stringimento alla gola, per cui gli pareva di soffocare. Un tale stato durò con più o meno intensità per tutta la notte, finchè nella mattina vi si aggiunse anche un dolore lancinante nel 6.° spazio intercostale destro, e tosse secca e molesta. Un medico chiamato a visitarla prescrisse un' applicazione di mignatte al luogo del dolore, ed alcune cartine di calomelano ed oppio (polveri inglesi); il dolore puntorio diminuì per qualche ora, ma ritornò ben presto con la primiera intensità; il polso, ci si dice, che fosse molto frequente; il medico che tornò a visitarla nel giorno appresso le fece un salasso di circa 4 ettogrammi. Le sofferenze dell'inferma furono però alleviate solo momentaneamente da una tale terapia, perchè il dolore intercostale proseguì con la stessa intensità, l'affanno di respiro si fece gravissimo, una tosse secca ed irritativa la molestava continuamente, e spesso riproducevasi quel senso di stringimento alla gola, che poneva l'inferma in angustia tale, da farla disperare della sua vita, e da farla persino ricorrere agli ultimi conforti della religione. Nel giorno seguente (7), la malata trovandosi nello stato accennato, desiderava ardentemente di essere salassata di nuovo, ed un flebotomo volle esaudito questo suo desiderio. La fiducia con cui l'inferma aspettava sollievo da un tale rimedio, permise che almeno il morale ne rimanesse tranquillizzato, e dietro ciò, anche le sofferenze fisiche sembrarono attenuarsi; almeno il dolore intercostale si rese alquanto più mite, e benchè nella notte non potesse prender sonno, pure rimase abbastanza tranquilla. L'escrezione dell'orina, e le defecazioni sono state sempre regolari.

La mattina del giorno 8 Ottobre (4.° di malattia), fui sopracchiamato a visitare l'inferma, e ne potei raccogliere il seguente:

Stato presente. — La malata di carnagione bianca, con bionda capigliatura, ha un bell'aspetto, è bene nutrita, e bene costrutta. Giace sul letto

Digitized by Google

col tronco elevato e chino verso il lato sinistro; respira affannosa in modo, che in un minuto si compiono 50 atti respiratori, pulsazioni 90, temperatura normale (37, 3°). Volendo narrare le sue sofferenze, vi riesce a mala pena, perchè le parole le si troncano a mezzo. La fisonomia è contratta, ed estremamente agitata. L'ispezione del torace e del ventre, mentre non offre alcunche di anormale rapporto alla configurazione, fa vedere che i movimenti respiratori sono quasi insensibili e a sbalzi. Nelle gambe si osserva la *cutis anserina*. — La percussione, tanto nel lato anteriore che posteriore del torace, non fa riconoscere alcuna abnormità. L'ascoltazione del torace, tanto a destra che a sinistra, anteriormente e posteriormente, fa rilevare che l'aria penetra a sbalzi nei bronchi e nelle vescichette polmonari. I toni del cuore sono netti. La palpazione degli spazi intercostali suscita dolore solo nel sesto di destra, ed anzi in tre punti distinti di esso; uno vicino allo sterno, l'altro vicino alla colonna vertebrale, ed uno intermedio tra questi due. La palpazione della colonna vertebrale non suscita dolore in alcun punto. Una tosse secca insistente e sibilante molesta di tratto in tratto l'inferma. — Esplorata la sensibilità dolorosa con uno spillo, si riscontra abolita totalmente sulla parte anteriore della faccia e del tronco, sino ad un dito trasverso sotto all'ombelico; l'anodinia è limitata da una linea immaginaria che divide il corpo in una parte anteriore, ed una posteriore; tale delimitazione si osserva rigorosa anche sul collo e sul cuoio capelluto. Nelle braccia l'anodinia è pure sulla parte anteriore, tenendo il bordo radiale delle mani volto verso l'esterno; nelle mani, l'anodinia è estesa anche alla parte dorsale. Le mucose della bocca, naso ed occhi non sono anodine. La sensibilità di contatto è conservata, ma però indebolita alquanto sulle parti, che hanno perduta quella dolorosa. La sensibilità di temperatura è abolita sulle parti anodine, conservata nelle altre. La sensibilità di compressione è conservata in ambedue le mani; l'inferma ad occhi bendati, raffigura un oggetto che gli viene posto fra esse. Il senso dell'udito è intatto: quello della vista è alterato in modo, che mentre l'inferma distingue bene gli oggetti posti a qualche distanza, non discerne che confusamente quelli che le sono molto vicini; il gusto è abolito sui due terzi anteriori della lingua. La sensibilità elettro-muscolare, e la contrattilità sono diminuite, e risente solo il grado più forte della corrente indotta dell'apparecchio di Gaiffe. L'esplorazione *per vaginam*, fa rilevare catarro della mucosa utero-vaginale, che al dire dell'inferma, esiste in essa da lungo tempo. Il collo dell'utero è iperestetico. L'orina, che l'inferma emette regolarmente, è chiara, di reazione leggermente acida, e di composizione chimica normale.

L'inferma si lagna principalmente di un non so che, che sembra salirle dal ventre alla gola, dove le si sofferma, procurandole una sensazione di soffocamento, ed impedendole del tutto la deglutizione; il dolore intercostale, dice, che è alquanto meno intenso dei giorni precedenti. Di tratto in tratto prova formicolio nelle mani e nelle gambe. In più punti del capo, ora in uno ed ora in altro, prova un dolore terebrante ed insopportabile: al vertice del capo prova una sensazione, di come ci fosse una palla di neve. Dice di sentirsi indolenzita lungo il dorso, e di essere tanto debole, da non potersi mettere seduta sul letto senza aiuto. Spesso prova vampe di calore alla faccia, e freddo alle estremità. La sete è continua. Accusa pure dolore all'epigastrio, che poco si esacerba colla pressione. In qualche momento, dice che le pare di essere guarita, e di non provare alcun disturbo; infatti, durante la visita, essendomi adoperato a tranquillizzarla, è cessato l'asma e la tosse, e l'inferma si è posta a giacere, ed a respirare tranquilla.

Ordinazione: Acqua antisterica del Quercetano grammi 7, Acqua edulcor. 100, Acetato di morfin. centigr. 5; da prendersene un cucchiaio ogni ora.

8 *Ottobre*. — Nella notte l'inferma si è trovata più tranquilla: ha dormito di un sonno interrotto, per avere avuto a fianco il proprio bambino, che spesso la molestava. Qualche volta è ritornato l'asma, il dolore nevralgico intercostale, e le trafitture al capo. — Nella visita del mattino, la malata presenta un aspetto più calmo di quello di ieri: il respiro è leggermente affannoso (resp. 34), il polso è accelerato (100), la temperatura normale (37,2°). Il senso di costrizione alle fauci persiste, ma è meno molesto. Tornando ad esplorare le diverse sensibilità, si nota, che la sensibilità dolorosa è ritornata sulle braccia, su tutto l'addome, sulle parti laterali del torace, sul collo, e su grande porzione della faccia; rimangono anodini solo alcuni distretti, di cui uno di forma ellittica, incomincia alla sommità dello sterno, e finisce al termine di esso, con un diametro trasverso di 6 centimetri: è pure anodina tutta la fronte ed il cuoio capelluto; in questo distretto l'insensibilità è limitata verso la faccia dagli archi sopra-orbitali; un altro piccolo recinto anodino, trovasi nella gota sinistra, in corrispondenza dello zigoma, ha una forma circolare, ed occupa l'estensione di circa una moneta da 10 centesimi. In nessun punto del corpo, avvi iperestesia. La sensibilità di temperatura è abolita sulle parti anodine; la contrattilità elettro-muscolare è normale; la sensibilità elettro-muscolare è molto aumentata, non solo a confronto di ieri, ma anche al di sopra del normale: il passaggio del pennello metallico, anche sui punti trovati anodini con lo spillo, suscita gagliardi movimenti reflessi, ed una sensazione di dolore, al dire dell'inferma, mo-

Digitized by Google

lestissima. — L'applicazione della corrente indotta, (1.ª dell' apparecchio di Gaiffe) è stata protratta per circa 10 minuti, e specialmente sui punti anodini, e sul sesto spazio intercostale, dove esisteva la nevralgia. L'inferma è stata quindi lasciata in riposo per circa 5 minuti, dopo di che si è tornato ad esaminarla. Notevolissimo era il cambiamento in essa avvenuto, come per incanto: era affatto cessato l'affanno, lo stringimento alla gola, ed il dolore intercostale; i distretti anodini erano pure svaniti, e la sensibilità era ritornata ovunque uniforme e normale. L'inferma diceva di sentirsi bene, mostravasi lieta, ed avendo provato a sedersi sul letto vi è riuscita senza difficoltà. Il numero delle respirazioni era disceso a 28, e quello delle pulsazioni a 90. L'ascoltazione faceva percepire dovunque il mormorio vescicolare normale, ed i toni del cuore netti e regolari.

10 *Ottobre.* — La malata seguita a star bene, solo si sente molto debole, ed avendo provato a levarsi di letto, non le è stato possibile di reggersi in piedi; i movimenti volontari delle gambe, si compiono però regolarmente e con forza.

Nei giorni successivi, avendo gradatamente riacquistate le forze, l' inferma potè levarsi di letto, e ritornare ai lavori campestri.

Dopo l'esame dell'inferma, e dopo raccolta l'anamnesi, non poteva cadere alcun dubbio circa la natura della malattia; infatti appena poteva pensarsi a fare la diagnosi differenziale, fra una malattia degli organi del respiro ed un' affezione isterica, potendo disporre di tutti i mezzi d'indagine fisica, di cui oggi è ricca la scienza; ciò non ostante il globo isterico, il chiodo e l'uovo isterico, il dolore all'epigastrio, le convulsioni precedute, l'affanno di respiro che non si trovava in rapporto con le pulsazioni e la temperatura, la posizione dell'inferma china piuttosto verso il lato sano, potevano pure bastare per stabilire la diagnosi di affezione isterica con nevralgia intercostale, anche prima che i segni fisici facessero rilevare la integrità degli organi interni del torace, e l'anodinia ed anestesia della cute. Che poi queste ultime stessero ad indicare la natura isterica della malattia, era abbastanza provato dal non essere preceduta alcuna causa capace di portare l' anodinia cutanea, (tifo, marasmo, intossicacamento saturnino ecc.), dalla forma delle figure anodine, dalla coesistenza degli altri sintomi accennati, e finalmente dal pronto disparire di essa.

(continua)

Peritonite suppurativa, complicata ad occlusione intestinale da coprostasi

DEL

Dott. GIOVANNI MANCINI.

Nella sera del 6 Settembre p. p. venia chiamato in fretta il Dott. Atti medico egual-primario di questa città, presso il giovane operaio G. C., il quale era spasimante per un fierissimo dolore addominale che avea promosso il vomito degli alimenti, ingesti da poche ore. L' infermo proveniva da genitori sani, la sua costituzione era gracile e delicata, mostravasi abitualmente pallido e sparuto. Fin dai primi del 1869 cominciò a lagnarsi di dolori puntori al ventre, che gli prendevano a volta a volta, senza regolarità nella comparsa, mostravansi ora in un punto, ora in un altro, crescevano coi movimenti della persona, e dileguavansi spontaneamente dopo breve durata. L' addome, col ripetersi dei medesimi, si fece tumido, poco trattabile al palpamento, la digestione laboriosa, tarde le funzioni intestinali. Nella primavera soffrì di febbri accessionali a tipo terzanario, che, curate nel civico nosocomio, cedettero in pochi giorni ai preparati di china. Uscì in discreto stato di salute, e potè accudire ai suoi lavori, non ostante che di quando in quando tornassero i soliti dolori, il ventre rimanesse tumido, e la stitichezza si facesse abituale. In ultimo devesi aggiungere, che nel giorno che precedè la malattia, mangiò molte frutta e dei funghi, che non cagionarono alcun disturbo nella funzione stomacale, e da due giorni non avea avute scariche alvine. Il malato ignorava a qual causa attribuire le sue sofferenze, nè si poteva applicare la tanto abusata influenza reumatica, perchè non vi furono in quel giorno nè sbilanci di temperatura, nè vicissitudini atmosferiche. L' esame dell' infermo riscontrò il dolore localizzato al quadrante inferiore destro, ch' esacerbava pei più piccoli movimenti; l' escursioni diaframmatiche molto limitate, l' inspirazione incompleta, che si ripeteva 80 volte il minuto ed era più breve dell'espirazione. Il toccamento il più delicato riusciva impossibile nella regione iliaca destra, mentre indolente mostravasi negli altri punti la cavità addominale, ove non si riscontrarono alterazioni di sorta nè col palpamento grossolano, nè col metodico. La radiale pulsava 100 volte il minuto, la diastole era breve ed irregolare. La fisonomia dell' infermo agitata, la temperatura ordinaria. Il medico basandosi sui menzionati sintomi, che indicavano intensissima l' irritazione del peritoneo, ordinò una deplezione sanguigna locale, onde rimuovere la congestione dei capillari sanguigni ed alleggerire in tal modo la compressione delle de-

Digitized by Google

licate papille nervose di quella sierosa, quindi ingiunse che dopo il sanguisugio fosse posto in un semicupio tiepido affine di aumentare l'emissione sanguigna, ed avvalorarne l'azione meccanica. Le indicate prescrizioni non recarono alcun sollievo, e nella sera del giorno 7 fui chiamato presso l'infermo dal medico curante. Il dolore da circoscritto si era fatto diffuso a tutto il cavo addominale, il palpamento era sempre dolorosissimo, discreta la tensione delle pareti addominali, massime nei quadranti inferiori. Con la percussione, che riescì molto incomoda, si rinvenne iperfonesi timpanica su tutto l'ambito addominale, tranne nella regione del cieco dove riscontrai una notevole ottusità, che cominciava a 4 dita trasverse al disotto dell'arco costale, lungo il prolungamento della linea acromiale, si estendeva in basso per 3 a 4 plessimetri e lambiva all'interno il prolungamento nell'emiclavicolare. La respirazione era affannosa, a prevalenza costale, contavansi 44 inspirazioni per minuto, i polsi piccoli, la contrazione dell'arteria durava più dell'espansione, che compievasi irregolarmente 140 volte al minuto. I toni del cuore languidi, leggermente soffiante il 1.°, succedevansi con immensa rapidità. La temperatura saliva a 39 del centigrado, la fisonomia rimaneva abbattuta, pallido il volto, arida la lingua, molto arrossata, vivissima la sete. L'emesi persisteva, ed avea vomitato 4 volte nella giornata materie acquose con qualche fiocco di muco. Tacevano ancora le funzioni intestinali. Noi non esitammo fondandoci sull'esposta sindrome ad ammettere una peritonite diffusa, che momentaneamente fu giudicata idiopatica. Sulla natura dell'essudato pendevamo incerti, perchè il decorso solo ci poteva illuminare, benchè il costituto gracile dell'infermo, la cattiva nutrizione, i dati anamnestici, per cui si poteva ritenere che da vari mesi il peritoneo si trovasse in uno stato d'irritazione cronica, la depressione notevole del sistema nervoso, c' invitassero a propendere per la natura purulenta della proliferazione flogistica, e fin da quel momento esternammo una prognosi riservata. Pochissimi erano i soccorsi dell'arte applicabili al caso pratico. L'inutilità del generoso sanguisugio fatto nella sera innanzi, ci sconsigliava dal ripeterlo. Quanto alla deplezione generale essa non era applicabile, stantechè il salasso nelle peritoniti, dietro l'osservazione d'illustri pratici non ha alcun valore come antiflogistico; 1.° perchè i cadaveri dei morti da peritonite ai quali non fu sottratta una goccia di sangue, furono trovati anemici al pari di quelli ch'ebbero fin dai primordii del male parecchie flobotomie; 2.° perchè detta malattia si sviluppa a preferenza negl' individui cachetici, dimagrati, dove l'elemento mobile dell'umano organismo è deficiente; 3.° perchè profuse emorragie non preservano punto molte puerpere dalla peritonite, nè la fanno decorrere con sintomi più lievi. Al salasso nella peritonite resta la sola indicazione sintomatica, ed è un mezzo eroico quando la respirazione è inceppata a motivo dell'eccessiva convessità del diaframma, quando la dispnea notevole, le giugulari turgide e qualche rantolo umido che si ascolta alla base del torace fa dubitare della sopravvenienza di un edema polmonare acuto. Ma tali sintomi non esistevano nel nostro infermo, al quale il salasso avrebbe recato certo danno, a motivo del suo stato generale, della depressione del sistema nervoso e della flacchezza delle contrazioni cardiache: ci limitammo all'applicazione esterna del ghiaccio, che, determinando la contrazione dei più piccoli vasi e conseguentemente un'ischemia locale, avrebbe calmato i dolori, e resa più scarsa l'essudazione flogistica. Fu consigliata l'amministrazione di piccoli pezzetti di ghiaccio per diminuire la sete, e lo stato spastico del ventricolo, che noi credevamo dipendere da una diffusione dell'irritazione del peritoneo viscerale nelle fibre muscolari del viscere; ordinammo infine un clistere stimolante per sbarazzare l'intestino dalle feci di cui era sopraccarico, specialmente il cieco, come pareva indicare l'esame fisico. Nel successivo decorso della malattia, la sopravvenienza di altri importantissimi sintomi mostrò, che il nostro concetto diagnostico benchè giusto, non era completo, poichè esisteva latente, ed in seguito si fe' palese, un altro focolaio morboso, che aggravava sempre più le condizioni dell'infermo; difatti il vomito da raro divenne frequente, le materie reiette d'acquose acquistarono i caratteri della bile, putivano distintamente di feci e nel mezzogiorno dell'8 manifestossi la coproemesi. Il meteorismo era cresciuto nella regione ombellicale ed ipogastrica, e facea contrasto coll'epigastrio che trovavasi notevolmente infossato, come pure depresse vedeansi le regioni coliche: i polsi sempre contratti, la frequenza uguale a quella del giorno precedente, la temperatura a 39, la fisonomia molto abbattuta, ma non alterata, immobilità assoluta della persona. Il clistere fatto nella sera innanzi non era stato restituito. Era pur troppo evidente, che, oltre la peritonite, esisteva un impedimento al progresso naturale delle feci, le quali non potendo vincerlo, per i movimenti antiperistaltici prevalenti giungevano nello stomaco, che con le sue contrazioni le cacciava al di fuori. La natura dell'ostacolo, la precisione della sede furono i quesiti che si presentarono alla nostra mente. Cominciando dal 1.° noi dovemmo passare rapidamente in rivista le cause più ordinarie della passione iliaca confrontandone gli estremi coi sintomi speciali del nostro caso. Si escluse l'invaginamento perchè mancavano le cause produttrici del medesimo; l'infermo prima di porsi in letto non avea fatto sforzi muscolari straordinari,

Digitized by Google

non soffriva diarrea cronica, nella quale non infrequentemente accade, che una porzione d'intestino, contraendosi più gagliardamente della sottoposta, vi s' introduce perchè la trova dilatata, ed il moto peristaltico che s' accresce per l' irritazione, aumenta l' invaginamento. Ma non ostante l' essenza delle cause produttrici più note, dato ancora che fosse avvenuto un invaginamento, esso dovea esordire con fenomeni più gravi fin dai primi giorni, imperciocchè la frequenza dei polsi e la depressione notevole del sistema nervoso nel nostro infermo si doveva attribuire alla peritonite diffusa, ed alla poca resistenza che poteva opporre quell'inflacchito organismo all'acuta evoluzione del menzionato processo morboso; la fisonomia non era scomposta, l' occhio, che in tutte le acutissime inflammazioni intestinali, perde la sua espressione, s' infossa contornandosi di uno scuro alone, era ancora pieno di vita, come pure lo sguardo era tranquillo. Supposto infine che piccola fosse la porzione invaginata, e per tal motivo lieve fosse l' inflammazione, non essendovi impermeabilità intestinale, non si spiegava la stitichezza, anzi la compressione delle vene dell'invaginato intestino avrebbe da prima cagionato la stasi, indi la rottura delle medesime e sarebbe sopraggiunto il sintoma assai comune dell' evacuazione di materie muco-sanguinolenti. Escluso l' invaginamento considerammo se questo potesse essere il caso di un contorcimento dell' intestino, di una appendice epiploica molto sviluppata, di qualche pseudo-membrana a forma di bandella, sotto la quale si fosse strozzata un' ansa intestinale. I dati anamnestici ci davano diritto a poter dubitare dell' ultima: ma la rarità di simili fatti, ragione non molto buona considerata astrattamente, ma che pur troppo giova al letto del malato dove bisogna diagnosticare e non indovinare, non che la mitezza dei sintomi, il loro tardo progresso ci sembrarono ragioni valevoli per escluderlo. Dopo che i menzionati stati morbosi non aveano retto al confronto del fatto pratico non ci restava che l' occlusione intestinale da coprostasi. Gli argomenti che avvaloravano questa diagnosi erano la stitichezza abituale dell' infermo, il disordine dietetico, l' ottusità riscontrata coll' esame fisico nella regione del cieco, porzione d' intestino dove sogliono frequentemente stanziare le feci a motivo della sua ampiezza naturale, stasi che determina una leggiera rotazione del viscere intorno al suo asse, per lo che si aumenta la difficoltà dell' ordinario progresso degli escrementi dalla sua insaccatura nel colon ascendente. Confermava l' idea che nel cieco e nelle prime porzioni del colon esister dovesse l'occlusione, il meteorismo considerevole della regione ombellicale ed ipogastrica, e la depressione dell' epigastrio. Ritenemmo adunque che nel primo svolgersi della peritonite esistesse una gran quantità di feci nelle prime porzioni del crasso, delle quali non potè sbarazzarsi l' intestino, a motivo della torpidezza sua abituale, a cui s' aggiunse come elemento aggravante lo stato edematoso della tonaca muscolare che ne paralizza del tutto le deboli forze, e determinossi in tal guisa per l' induramento progressivo un' occlusione perfetta. La prognosi rimaneva sempre riservata, non ostante che l' arte possegga vari mezzi per vincere la coprostasi, il valore dei quali veniva attenuato dalla complicanza della peritonite. L' indicazione curativa mirava a portare una irritazione tale sulla mucosa che determinasse un' essudazione sierosa dai vasi superficiali, che trapiantandosi per diffusione fino al punto occluso, rammolisse alquanto la massa fecale, e coadiuvare in tal modo l' effetto della contrazione muscolare, risvegliata per via reflessa dalla stessa irritazione. Sotto questo punto di vista iniettammo due clisteri di acqua tiepida, in ciascuno dei quali trovavansi sciolti 60 centigr. di tartaro stibiato, e per agire nella porzione superiore dell' intestino amministrammo tre goccie d'olio di croton coll' intervallo di un'ora, tra l'ingollamento di ognuna. Dalle menzionate prescrizioni non ottenemmo alcun vantaggio, i clisteri non furono restituiti, ma neppure il vomito esacerbò. L' applicazione della cliso-pompa, benchè commendata da molti nell' occlusione da coprostasi, sarebbe stata ridicola nel caso nostro, a motivo del lungo cammino che dovea fare la corrente iniettata, la cui forza e direzione spezzandosi in tanti punti non poteva mai arrivare sino al cieco. Che la cliso-pompa apporti dei meravigliosi effetti quando le feci giacciono nel sigma colico, lo si comprende, ed è pure ammissibile che identica azione eserciti nel colon discendente, non ostante le numerose concamerazioni, che cominciano ad elidere la forza dell' onda; ma che varcar possa la flessura splenica senza frangersi, per sostenerlo, bisogna sconoscere i principii più elementari dell' idraulica e per convincersi vieppiù quanto vane sieno le speranze che vi annettono alcuni pratici, basta esperimentare nei conigli con un liquido colorato di cui, dopo ripetute iniezioni, pochissime tracce se ne rinvengono nel colon trasverso. Nel giorno 8 iniettaronsi altri due clisteri medicati con infuso di sena e con solfato di magnesia, che non portarono alcun prò. Alla sera il vomito s' era fatto più raro, appariva d' ora in ora, il meteorismo era cresciuto particolarmente nella regione ombellicale, l' addome sempre dolente al palpamento, il dolore spontaneo cominciava a decrescere, polsi filiformi, in numero di 140 in un minuto, la respirazione 58, la temperatura 39°: qualche singhiozzo era venuto ad aggravare la scena. Il risultato negativo della cura seguita, il progressivo peggioramento dell' infermo, l' inevitabile fine, se non si fosse riordinato il circolo fecale, ci autorizzavano forse ad estremi espedien-

Digitized by Google

ti, o a dir meglio, possiede l' arte salutare mezzi curativi energici, sanciti da una pratica coscienziosa ed illuminata da potersi applicare nel caso in discorso? Credo di non errare negandolo recisamente. Molti medici tra i quali importa notare nomi illustri come Lusitano, Mariano Santo, Ambrogio Pareo, ed altri, fondandosi sul noto aforismo - *in extremis extrema remedia* - amministrarono in molti casi di passione iliaca sostenuti da semplice costipazione, enormi quantità di mercurio vivo, ritenendo che l'azione meccanica di questo potesse disgregare le feci, ed aprire il varco. Un tal uso comechè non senza inconvenienti, ancora è seguitato, ma ragionevolmente non possiamo aspettarcene alcun vantaggio. Il gran numero d'anse intestinali che il metallo deve attraversare, gl' infossamenti numerosi ove se ne ferma una gran parte, assottigliano in tal modo la colonna, che se pur arriva al punto desiderato, è così tenue da non produrre alcun effetto. Nasse dopo aver esperimentato sui conigli che l' iniezione della nicotina nelle giugulari dei medesimi, destava un tetano gastro enterico, molto giustamente propose l' iniezione d' infusi di foglie di nicoziana nei casi di strangolamenti intestinali, nel volvolo, nell' invaginamento, ed anche nelle ostinate costipazioni, e si registrarono non pochi risultati favorevoli. Ma i clisteri nicotizzati cagionano una depressione così notevole del sistema nervoso, che si possono usare senza pericolo nei soli individui robusti, mentre nel nostro infermo, in cui prevalevano i sintomi di collapso massime per la peritonite in corso, una tale applicazione era assolutamente contro-indicata. Per l' accennate ragioni credemmo insistere nei clisteri irritanti e si continuò coll' epitema ghiacciato al ventre. Nel mattino dell' 11. quinto giorno di malattia restituì un clistere sporco di materie fecali minutamente disgregate: la coproemesi persisteva, le contrazioni del diaframma, più spasmodiche e frequenti, recavano grave molestia all' infermo. Il riattivarsi della funzione intestinale ci animò a proseguire nella cominciata cura ed il malato in tutto il giorno ebbe 4 o 5 evacuazioni non molto abbondanti, liquide. Le parti solide vi scarseggiavano ed erano minutamente disgregate. I sintomi generali, invece di migliorare come dovea succedere se l' intestino avesse caccciato da se l'ingombro fecale, che l'occludeva, s'erano fatti più minacciosi, il singhiozzo frequentissimo, i polsi filiformi, i lineamenti del volto alterati, temperatura 38, un' ansia inesprimibile l'avea assalito, impossibile il più piccolo movimento della persona, timpanismo cresciuto: contavansi 60 respirazioni al minuto. L' assieme di tali segni ci mostrava che l' intestino avea subito delle alterazioni profonde nella sua nutrizione, per la lunga dimora del corpo irritante, e dopo aver fatti tutti i sforzi possibili per liberarlo, vedendo l' infermo volgere ad irreparabile fine, nostro compito era di attenuarne le sofferenze nelle ultime ore dell' esistenza, il che facemmo amministrando un calmante. Nel sesto giorno continuarono le scariche alvine coi soliti caratteri, alla sera i polsi impercettibili, il ventre indolente al palpamento, la tensione enorme delle pareti c' impedì di costatare la fluttuazione, il respiro si compiva a sbalzi, l' estremità fredde, la fisionomia trasformata, la cute d' un color terreo, un freddo e viscido sudore gli bagnava la fronte, lo sguardo fisso, la voce floca, tutto indicava che la vita di quell' infelice era prossima a spegnersi. Difatti moriva nelle prime ore del giorno 13. Nel giorno 14 praticai la necroscopia in presenza del medico curante e del Dott. Milletti chirurgo primario della città. Rimossa la parete anteriore dell' addome trovammo il peritoneo parietale aderente in molti punti all' omento, ma tali aderenze erano di data recente, perchè si spappolavano fra le dita e toglievansi con grande facilità. La superficie superiore dell' omento ricoperta di uno strato di pus scorrevole e tenue, che mescolavasi collo siero, che trovavasi nelle parti laterali dei due quadranti inferiori, d'un color verde scuro; la quantità del medesimo potea valutarsi ad un ½ chilogr.. Per esaminare accuratamente i visceri addominali rimossi l' omento ch' era incollato colle sottoposte anse dei tenui. Sollevato l'epiploon lo si riscontrò enormemente ingrossato, il suo spessore era almeno quadruplicato, nell' esterna superficie rimossi i fiocchi di pus, per tutta la sua estensione lo ricoprivano delle pseudo-membrane lardacee resistenti al tatto. L' ubicazione delle anse intestinali era inalterata, gli intestini tenui, per l' enorme tensione dei gas, aveano raggiunto la capacità dei crassi. Il cieco avea un color-brunastro, e al tatto le pareti mostravansi molli, e nel sollevarlo per tagliare i suoi rapporti cellulari con la fossa iliaca si lacerò l' intestino, e dall'apertura sortì una gran quantità di feci pultacee fetentissime, ed abbisognò molta cura per staccarne gli avanzi cancrenati. La superficie esterna degl' intestini, tranne un leggiero inzuppamento e qualche fiocco di pus, non presentava nulla di anormale. La sezione dei medesimi riscontrò la mucosa del retto, come quella del *S* iliaca, del colon discendente e trasverso discretamente tumefatta, e coperta di feci liquide che in senso retrogrado andavano sempre aumentando, e nel confine tra il colon ascendente ed il cieco trovammo quattro grosse scibale che occludevano completamente quattro concamerazioni del crasso. La parete interna del cieco irreconoscibile, convertita in una poltiglia friabile e nerastra. La mucosa dei tenui normale, come pure tale era il fegato, lo stomaco, il pancreas, la milza. Gli epiploon gastro-splenico, e gastro-epatico erano ingrossati e ricoperti di dure pseudo-membrane sopra le quali stavano degli ammassi di pus.

Digitized by Google

Il risultato necroscopico mostrò ad evidenza che nell'infermo esisteva da qualche tempo una peritonite cronica, ch'esacerbò, divenne suppurativa, e decorse unitamente alla medesima una tiflite stercoracea determinata dalla coprostasi, sui quali processi fisio-patologici l'arte salutare non poteva esercitare alcun benefico influsso, e a noi non rimaneva altro conforto che l'aver stabilita un'esatta diagnosi.

Foligno 7 Ottobre 1869.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

RIVISTA TERAPEUTICA

DEL

DOTT. CLODOMIRO BONFIGLI.

Nel decorso anno 1869 si sono fatti molti studi importanti sull'applicazione di diversi medicamenti alla cura delle malattie; di alcuni di dubbia efficacia, l'esperienza ha convalidata o contraddetta l'attività, di altri se ne sono fatte applicazioni nuove, e di altri pochi infine è stato decretato l'ingresso nella materia medica. Io, il più brevemente che mi sarà possibile, procurerò di dare contezza ai nostri lettori, di quanto intorno a ciò ho potuto rinvenire di più importante pel medico pratico, facendo lo spoglio di alcuni dei più reputati periodici nazionali ed esteri, pubblicati nel passato anno.

1. Oppio — 2. Morfina — 3. Narceina — 4. Papaverina — 5. Canape indiana — 6. Belladonna — 7. Aconito — 8. Veratro verde — 9. Digitale — 10. Cloralio — 11. Anestetico di Sauer — 12. Etere solforico — 13. Bromuro di potassio — 14. Curaro — 15. Fava di Calabar — 16. Stricnina — 17. Ossido di zinco — 18. Segale cornuta — 19. Alcool — 20. Glicerina — 21. Acqua fredda — 22. China — 23. Bussina — 24. Balsamo di copaive — 25. Benzina — 26. Tannino — 27 Cubebe — 28. Cloruro di ferro — 29. Iodato di ferro — 30. Iodio — 31. Ioduro di potassio e di calcio — 32. Iodoformio — 33. Sublimato corrosivo — 34. Nitrato d'argento — 35. Acetato di potassa — 36. Bicarbonato di soda e carbonato di magnesia — 37. Coloquintide — 38. Semi di zucca — 39. Estratto etereo di radice di felce maschio — 40. Olio di trementina — 41. Creosoto — 42. Acido carbonico — 43. Solfocarbolato di zinco — 44. Olio essenziale di senape — 45. Ipoclorito di calce — 46. Tartaro emetico — 47. Cloruro di zinco — 48. Acido cromico — 49. Acido lattico — 50. Acqua di calce — 51. Succo gastrico del cane — 52. Bromuro di potassio — 53. Clorato di potassa — 54. Liquidi del Marini.

1. L'**Oppio** fumato nella pipa, viene raccomandato da Armand, come un ottimo rimedio, contro molte affezioni croniche e nevralgiche del petto; dentro 24 ore si possono fumare 5 a 50 centigrammi di estratto di oppio. Le malattie contro cui Armand lo ha impiegato più utilmente, sono ta bronchite e laringite cronica, la tosse convulsiva, l'asma, l'angina pectoris, e le palpitazioni nervose.

2. La **morfina** alla dose di un centigrammo iniettata tre volte al giorno sotto la cute, è stata utilmente adoprata da S. Harrison per frenare i vomiti abituali durante la gravidanza, in un caso in cui erano riusciti inutili tutti gli altri rimedi. — Ravoth ha pure impiegate le iniezioni sottocutanee di detto farmaco, nei casi di ernia strangolata per facilitarne la riduzione col taxis; la iniezione di 1 o 2 centigrammi di morfina praticata in vicinanza del sacco erniario, ha reso possibile in molti casi la riduzione di ernie, che sembravano irreducibili. La morfina non ha però alcuna azione nel caso di ernie omentali, poichè sembra che essa agisca unicamente, col diminuire la tensione dell'intestino fuoriuscito. — Il Dott. Brichetau si è servito delle iniezioni ipodermiche d'idroclorato di morfina, per rendere indolente la vescicazione prodotta dall'empiastro cantaridato. La soluzione è di 1 grammo in 50 di acqua, e per ottenere l'effetto voluto, bastano secondo Brichetau 5-10 goccie di essa, iniettate sulla località in cui si deve applicare il vescicante.

3. La **narceina**, che già era stata vantata da molti come un eccellente rimedio, secondo i più recenti sperimenti di Frohnmüller, possederebbe la virtù narcotica solo in leggerissimo grado. Frohnmüller l'adoprò 22 volte, 9 col metodo ipodermico, e 13 amministrandola internamente; benchè nel primo caso la dose impiegata fosse di 4-6 centigr., e nel secondo anche di un grammo. pure non fu dato di osservare mai l'azione narcotica del rimedio. Le esperienze istituite da Kersch in Praga, confermano le deposizioni di Frohnmüller.

4. **Papaverina** — Leidesdorf e Breslauer si erano ripromessi molto dall'uso di questo rimedio contro certe malattie mentali, e giunsero a riguardare le virtù sedative di esso, come molto superiori a quelle di tutti gli altri alcaloidi dell'oppio. Peraltro le ulteriori esperienze istituite da Funck, e da esso comunicate alla Società medica di Greifswald, hanno fatto riconoscere, che quand'anche la papaverina non sia un rimedio da assolutamente rigettarsi, pure è ben lontana dal possedere le proprietà ascrittele da Leidesdorf, mentre in molti infermi di malattie mentali non produsse la menoma calma, ed in qualcuno anzi, provocò un maggior eccitamento.

5. La **canape indiana**, è stata di recente studiata profondamente dal Dott. Frohnmüller, il quale da circa 1000 esperienze fatte con questo rimedio, ha potuto ricavare i seguenti corollari, che ha pubblicati nella sua opera sui rimedi narcotici. 1) La canape indiana, fra i conosciuti narcotici è quello che produce un sonno più naturale, senza arrestare le secrezioni, e senza lasciare dietro a sè alcuna cattiva conseguenza. 2) La canape indiana, non è all'incontro così attiva e così sicura, come l'oppio. 3) Essa può essere amministrata in tutte le malattie flogistiche e nel tifo. 4) Può alternarsi all'oppio, quando questo non agisca. 5) Il miglior modo di amministrarla, è sotto forma di estratto alcoolico in piccole pillole, formate con l'aggiunta d polvere di foglie di canape indiana. La dose più bassa per produrre il sonno, è di 4 grani. Spesso è necessario aumentare rapidamente la dose. 6) L'azione riferita alla canape indiana, sulla pelle, sui reni, e sugli organi sessuali, non ha alcun significato pratico. — Gl'Inglesi Iyrel e Beddoe riferiscono, che in molti casi di delirium tremens in cui l'oppio

Digitized by Google

era riuscito affatto inutile, ottennero ottimi risultati con l'uso del suddetto rimedio.

6. La **belladonna**, sotto forma di estratto, incorporato alla sugna (grammi 5 in 30), è stata adoprata da Dauvergne con grande vantaggio, per calmare i dolori dello zoster. Dauvergne ordinariamente a tale medicatura fa precedere le spennellature con una soluzione di percloruro di ferro, secondo il metodo abortivo di Baudon e Gresly. — La belladonna viene pure raccomandata come il migliore dei rimedi contro l'asma da Hyde Salter, che l'amministra internamente sotto forma di tintura e a dose crescente.

7. **Aconito** — Wunderlich riferisce la storia di due casi di tetano, uno reumatico, e l'altro traumatico, in cui ottenne la guarigione mercè la tintura d'aconito. In un caso, (ragazzo di 14 anni), fu amministrata alla dose di 10 goccie tre volte al giorno, ed in tutto si consumarono 24 grammi di tintura. Nel secondo caso, (uomo di 30 anni), fu data a dosi minori, ma però furono praticate contemporaneamente anche le iniezioni sotto-cutanee di morfina.

8. Il **veratro verde** sotto la forma di estratto resinoso, viene nuovamemte raccomandato da Oulmont specialmente contro la pneumonite. Egli ne fa pillole di 1 centigrammo e ne amministra una ogni ora, sino a che non sopravviene il vomito, che ordinariamente si presenta dopo la terza pillola, ma talora anche dopo la settima o l'ottava. Il farmaco non possiede azione accumulativa. Dopo il vomito, si ha una diminuzione notevole della frequenza del polso, e benchè in minor grado, anche della temperatura. Dopo alcune ore, il polso si rialza di nuovo; nel giorno seguente si amministra una seconda dose dl veratro, e di nuovo si ottiene un rallentamento del polso, che però ritorna ancora frequente, finchè nel terzo giorno dopo una terza dose, rimane durevolmente alla norma. Con tale trattamento, secondo Oulmont, viene abbreviato di 2 o 3 giorni il corso della pneumonite. — Hirtz e Linon, hanno pure fatte numerose esperienze con questo rimedio, ed ordinariamente dopo 3 pillole di 1 centigrammo, hanno veduto il polso scendere da 112 a 54, e la temperatura da 39° a 37°. — Anche il Dott. Jacobi di Nuova-Jork che ha riferito sull'azione del veratro nel congresso medico tenuto recentemente in Innsbruck, riguarda questo rimedio, come un efficace antifebbrile. Egli ha adoperata la tintura della farmacopea americana, di cui ne ha amministrate 2 goccie ogni ora agli adulti, ed una goccia ai bambini, finchè non si manifestava l'azione voluta. Nei casi cronici, ne ha fatte prendere 12-15 gocce agli adulti, ed una dose proporzionata ai bambini. L'azione irritante che talora esercita il rimedio sul canale intestinale, veniva paralizzata con l'aggiunta dell'oppio o del giusquiamo, ed i vomiti, che pure spesso sopravvengono dopo le prime dosi, venivano tolti di mezzo con l'uso del ghiaccio e dello sciampagna, ovvero sospendendo per qualche ora il rimedio.

9. La **digitale**, e preferentemente la digitalina, come quella che è di azione più certa, venne non ha guari raccomandata come febbrifugo da Jacobi, il quale ne ha ricavati grandi vantaggi specialmente nei bambini, amministrando 15 milligrammi al giorno dell'alcaloide.

10. Il **cloralio idrato**, preparato per la prima volta dal Liebig nel 1832, è stato proposto ed esperimentato come ipnotico ed anestetico dal Dott. Oscar Liebreich di Berlino, ed i risultati ottenuti con esso, sono riusciti tanto brillanti, da farlo divenire in breve tempo, secondo l'espressione di Kastus *le lion scientifique du jour*. Nulla staremo a dire della sua composizione e delle sue proprietà chimiche, poichè oggi ne sono pieni tutti i giornali di medicina; solo diremo, che dagli studi fatti con detta sostanza nelle diverse Cliniche di Europa risulta come cosa certa; che il cloralio è un valente ipnotico, tanto amministrato internamente come per via ipodermica; che i suoi effetti sono pronti; che il sonno da esso procurato si assomiglia più al fisiologico, di quello prodotto dall'oppio, e che infine, contro molte malattie, e specialmente contro il delirium tremens (Langenbeck e Jastrowitz), e contro l'eclampsia (Rabl-Rückhard), può rendere importantissimi servigi a preferenza degli altri narcotici. L'azione anestestica del cloralio, al contrario della ipnotica, è molto contrastata, come pure non si è finora d'accordo, sul modo con cui esso agisca sull'economia animale. Secondo Liebreich ed altri tedeschi, agirebbe scomponendosi a contatto degli alcali del sangue, dando luogo alla formazione di formiato di soda e cloroformio, al quale ultimo prodotto si dovrebbe poi l'efficacia del cloralio, e secondo Demarquay ed altri, avrebbe invece un'azione propria, passerebbe inalterato pel sangue, e verrebbe eliminato senza importanti modificazioni. La dose a cui può essere amministrato internamente il cloralio, secondo le esperienze fattene sinora, non deve essere maggiore di 5-8 grammi, e deve essere subordinata allo stato di maggiore o minore debolezza in cui si trova l'infermo. — Richardson, che solo non si pronuncia troppo favorevolmente pel nuovo rimedio, avverte come non possa riuscire del tutto innocente la formazione del formiato di soda nel sangue, e specialmente per questo motivo, lo pospone agli altri narcotici.

11. **Anestetico composto** — Sauer di Berlino, in seguito a molti studi fatti sui vari anestetici, è giunto a conchiudere, che il migliore di essi è un miscuglio di cloroformio, protossido d'azoto ed aria atmosferica. Facendo inalare questo miscuglio si produce anestesia completa, e si sfugge a quei pericoli, che include l'uso del solo cloroformio o del solo protossido d'azoto, poichè sotto l'influenza di esso, il polso rimane quasi sempre eguale. La proporzione migliore con cui le diverse sostanze devono concorrere a formare il miscuglio, è la seguente: cloroformio grammi 6, ossidulo d'azoto 16 litri, aria $^3/_4$ di litro. Sauer si serve per apparecchio d'inalazione di un piccolo gasometro, costrutto appositamente dal fabbricatore Barth.

12. L'**etere solforico** polverizzato col nefogeno, e proiettato sulla colonna vertebrale, venne già raccomandato contro la corea da Lubeski e da Zimberlin. Ora Perroud e Mazade, riferiscono nuovi casi, in cui questo metodo di cura, è stato seguito dall'esito il più brillante. L'etere veniva spinto col polverizzatore di Richardson su tutta la colonna vertebrale; la quantità di etere impiegata fu di circa 100 grammi per seduta, e poche sedute ripetute giornalmente, bastarono a vincere la malattia.

13. Il **bromuro di potassio** tanto decantato in questi ultimi tempi contro l'epilessia, è stato di nuovo esperimentato su larga scala dai Dottori Voisin, Fabret, e Le-

Digitized by Google

grand. I risultati sono stati abbastanza soddisfacenti, ma però ha sempre necessitato di portarne la dose da 3 a 9 grammi al giorno.

14. Il **curaro** per iniezioni ipodermiche contro il tetano, è stato adoperato in quest'anno negli ospedali di Napoli, ed il Dott. Fragalà riferisce come in 6 casi si sieno osservate 5 guarigioni. Tre di questi casi, di cui uno ebbe esito infausto, erano di origine traumatica, e tre erano insorti per cause reumatiche. In ogni giorno furono iniettati 3 a 5 centigrammi di curaro in due o tre grammi di acqua. Tale metodo di cura fu coadiuvato dall'uso dei bagni a 30° C. prolungati da 1 a 3 ore, e ripetuti due o tre volte al giorno. La guarigione completa fu ottenuta in tutti i casi dopo 15 o 20 giorni. — Il Niemeyer ha tentato l'uso del curaro, anche in un caso di lissa, ma però benchè gli accessi diventassero meno violenti dopo ogni iniezione del rimedio, pure l'ammalato dovette inevitabilmente soccombere.

15. La **fava di Calabar** impiegata per la prima volta nel 1864 da Bauvier, Lamaire e Giraldes contro il tetano, anche in quest'anno conta parecchi trionfi su tale terribile malattia. Il Dott. Schmitt ha guarito con questo rimedio una giovanetta malata per tetano reumatico, Boslin e Curren narrano una guarigione di un tetano traumatico violentissimo, e Duffy di Firenze ha pure procurata con l'istesso mezzo il ritorno alla salute, di un signore affetto da tale malattia. Boslin e Curren hanno adoprata la polvere della fava alla dose di tre grani ogni ora, unita alla morfina, e Duffy ha praticate le iniezioni ipodermiche con $\frac{1}{3}$ di grano di estratto sciolto in 18 gocce di acqua, ed ha ripetute le iniezioni 4 volte al giorno. — Il Dott. Luigi Monti narra pure la storia di tre casi di tetano dei neonati, che andarono a guarigione nella clinica di Widerhofer, con l'uso della fava di Calabar. Il Monti ha adoperate a preferenza le iniezioni ipodermiche; nelle prime volte ha introdotto ad ogni iniezione $\frac{1}{10}$ di grano di estratto, ma in seguito, anche nei neonati, ne ha portato la dose ad $\frac{1}{3}$ di grano, senza notare sintomi di intossicamento. — La fava di Calabar, ed il curaro, si dividono dunque la gloria di essere efficaci ed utili contro il tetano; attendiamo che ulteriori esperienze possano far decidere a quale di questi due anaretesiaci si debba dare la preferenza; se però dovessimo esternare il nostro parere sin d'ora, non esiteremmo a preferire la fava di Calabar, come quella, di cui si possono calcolare meglio gli effetti, e che è di un uso meno pericoloso.

16. La **stricnina**, usata già da lungo tempo contro le paralisi, e spesso senza alcun effetto utile, viene ora raccomandata di nuovo da Hunter, che la inietta sotto la cute. Col metodo ipodermico, dice Hunter, la stricnina a piccolissime dosi produce un sollecito miglioramento in quelle paralisi dove sieno indicati gli eccitanti ed i tonici nervini, mentre data internamente, ed anche a dose maggiore, il più delle volte fallisce. Hunter riporta alcune storie di malati, guariti con tale metodo di cura. La dose della stricnina iniettata ogni volta, ha variato secondo la tolleranza del malato, da $\frac{1}{24}$ ad $\frac{1}{90}$ di grano; il numero delle iniezioni occorse per condurre a termine la cura, è stato da 7 a 18.

17. L'**ossido zinco** è stato nuovamente soggetto di studio pel Dott. Waring-Curren, il quale lo raccomanda contro le seguenti malattie. Nella *tisi polmonare*, agirebbe nel primo stadio come tonico del sistema nervoso, e toglierebbe i dolori vaganti e i sintomi di depressione generale, che si rinvengono in questa malattia; nello stadio colliquativo, diminuirebbe la diarrea a preferenza di qualunque altro rimedio. Waring-Curren lo amministra a dose crescente cominciando da 12 centigrammi al giorno, in pillole ed unito all'estratto di cicuta. Nell'*epilessia* Waring-Curren l'alterna col bromuro di potassio, e durante il parossismo, applica alla colonna vertebrale la vescica di ghiaccio. Nè l'ossido di zinco, nè il bromuro di potassio presi isolatamente, eguagliano la benefica azione dei due rimedi alternati. Nella *spermatorrea* e *gonorrea* presta pure validi servigi; preso nella prima si unisce all'estratto di cicuta ed alla canfora, nella seconda, preso solo, ristabilisce la mucosa dell'uretra nelle condizioni normali, molto più sollecitamente di ogni altro rimedio. Nella *diarrea* e nella *dissenteria*, è pure da preferirsi a molti altri rimedi. Nell'*isteria* agisce meglio del valerianato di zinco; e finalmente nel *delirium tremens*, è indicato come tonico del sistema nervoso, dopo vinto l'accesso con altri rimedi, e continuato a lungo, vale a prevenire le recidive. — Waring-Curren avverte infine, che l'ossido di zinco deve essere amministrato a grandi dosi, ma che non deve mai essere preso a stomaco digiuno.

18. La **segale cornuta** ed il suo derivato l'**ergotina** hanno ricevuto in quest'anno molte nuove ed importanti applicazioni. — Bauer l'ha amministrata utilmente contro la porpora semplice ed emorragica, alla dose di 50 a 60 centigrammi al giorno in infuso ovvero in sostanza. Jacobi se ne loda molto contro le intermittenti e la meningite spinale, come febbrifugo, per la proprietà che ha di contrarre i piccoli vasi; e Woakes l'ha impiegata utilmente sotto la forma di estratto liquido contro le nevralgie, partendo dal punto di vista, che queste malattie derivino da un trasudamento sieroso fra le fibrille nervee, operatosi per paralisi delle fibre del simpatico, che accompagnano i vasi nutritizi del nervo. L'applicazione però più importante, è quella che ha ricevuta l'ergotina per mezzo di Prof. v. Langenbeck. Questo clinico, in vista dell'azione conosciuta dell'ergotina, che come si sa, si dispiega specialmente sulle fibre muscolari organiche, cagionando la contrazione, ha pensato di potersene giovare contro gli aneurismi, iniettandola sotto la cute, al disopra del sacco aneurismatico. Il fatto clinico ha corrisposto alle vedute teoretiche, giacchè fin'ora il Prof. Langenbeck ha potuto curare felicemente col metodo un aneurisma della succlavia, ed uno della radiale, ed il Dott. Schneider ha pure potuto ottenere la guarigione collo stesso mezzo, di un aneurisma della femorale. La soluzione di ergotina adoprata da Langenbeck è la seguente: ergotina di Bonjean grammi 2, 5, alcool rettificato e glicerina ana grammi 7, 5. La quantità di ergotina introdotta per ogni iniezione, è stata da 3 a 18 centigr. — L'ergotina è stata adoperata pure con successo dal dottor Ruben, per via ipodermica, in due casi di metrorragia. La soluzione adoperata, consisteva in una parte di ergotina, due di acqua e due di glicerina. La guarigione fu perfetta dopo 3 o 4 iniezioni contenenti 10 centigrammi di ergotina ognuna. Un altro caso di metrorragia, guarito collo stesso

Digitized by Google

mezzo, viene riferito dal Dott. Mac Jaffé di Amburgo, il quale se ne è valso utilmente anche in un caso di pneumorragia.

19. L'uso dell'**alcool** nelle malattie febbrili, ha ricevuto una nuova sanzione dalle esperienze istituite nel laboratorio farmacologico di Binz. Per numerose osservazioni fatte sugli uomini e sugli animali, nei quali ultimi si era anzi prodotta una febbre artificiale con le iniezioni di sostanze settiche, si può assolutamente concludere, che l'alcool ingerito a piccola ed a grande dose, produce sempre un considerevole abbassamento di temperatura, tanto nello stato sano come in quello morboso. — Anche Jacobi ha del pari segnalata di nuovo, quest'azione dell'alcool sull'economia animale.

20. La **glicerina** è stata amministrata internamente dal Dott. Shedd di Manchenster contro la febbre tifoide, alla dose di 2 grammi 3 volte al giorno. Shedd, dice, che dietro l'uso della glicerina si vede ben presto diminuire l'altezza della temperatura, arrestarsi la diarrea, farsi migliori le secrezioni, e stabilirsi un abbondante sudore.

21. Il trattamento del tifo addominale coll'**acqua fredda**, è stato nuovamente raccomandato da molti clinici tedeschi, e fra gli altri dal Gehrardt. La guarigione procentuaria del tifo sarebbe molto aumentata con tale metodo di cura, e benchè con esso non venga abbreviato il corso della malattia, pure viene resa molto più breve la convalescenza, e vengono mitigati molti dei sintomi spiacevoli che accompagnano il tifo, come la diarrea e la ipostasi. L'abbassamento della temperatura, che secondo alcuni sarebbe considerevole dopo le applicazioni fredde, da altri osservatori è stato veduto avvenire solo in leggiero grado, e noi stessi in qualche caso non lo abbiamo rinvenuto che di pochi decimi. All'incontro in due casi di tifo addominale le applicazioni fredde localizzate sul ventre, e tenute a permanenza, ci hanno prodotto un abbassamento di temperatura di quasi due gradi. Ciò forse ha la sua ragione, nell'esser l'addome la sorgente principale del calore animale (Wunderlich).

(continua)

Kuhlmann. — *Un caso di malattia di Addison.* (Berlin. klinis. Wochenschr. N. 45, 1869).

H. S., dell'età di 33 anni, fu ricevuto nell'ospedale il 10 Luglio 1868. Nei suoi primi anni era stato sempre sano; 7 anni indietro aveva avute per parecchi mesi le febbri intermittenti, che lo avevano fatto scadere molto nelle forze, e quindi per lungo tempo era stato travagliato dalla diarrea. Negli ultimi anni aveva provate continue sensazioni di freddo, ed aveva perduta la sensibilità nella punta delle dita, cosicchè si poteva in esse infiggere uno spillo, senza che egli ne provasse dolore. Mai aveva avuti disturbi gastrici, e mai convulsioni. Nella state 1867, avendo lavorato molto sotto la sferza del sole, cominciò a provare stanchezza nelle membra, e dolore di capo. Appresso notò che gli si colorivano in bruno la pelle della faccia e delle mani, come se fosse bruciato dal sole. Peraltro, in seguito, questo coloramento si estese anche su alcune parti coperte dalle vesti, quali il collo e la piegatura delle coscie. Nell'istesso tempo si era manifestato un dolore ottuso nella regione renale sinistra, che si esacerbava con la pressione, ed una debolezza sempre crescente, che gradatamente gl'impedì di esercitare il suo mestiere di muratore, e finalmente lo costrinse a non levarsi più di letto. — La madre dell'infermo era morta per tabe dorsale, ed il padre era tuttora sano e robusto.

Nell'esame obbiettivo del malato, si notava anzi tutto il coloramento grigio ed uniforme della faccia, che formava un mirabile contrasto col colore perlaceo delle congiuntive; questo coloramento si estendeva al collo ed alla parte superiore del petto, dove cessava con una linea irregolare: ambedue le mani erano pure uniformemente grigie, sino alla loro articolazione con l'avambraccio; nella piegatura delle coscie, la pigmentazione era meno pronunciata, e da qui partivano alcuni tratti di cute colorata verso il ventre e le coscie. Le mucose, erano molto pallide. L'esame dei polmoni e del cuore, non fece rilevare alcuna abnormità. Visceri addominali, e specialmente la milza, normali. Orina limpida, pallida, senza zucchero, nè albume. Apiressia. Deiezioni alvine pultacee. L'infermo diceva di provare come un senso di pressione nella regione renale sinistra, e di avere un discreto appetito. Benchè la nutrizione non fosse molto scaduta, il malato accusava senso tale di spossatezza, da non potere affatto levarsi di letto.

Ordinazione: dieta ricostituente, birra, e ferro ridotto dall'idrogeno.

Con questo trattamento il paziente si riebbe in modo, che dopo alcune settimane potè già lasciare il letto per qualche ora senza grave fatica, e dietro suo desiderio, fu poco appresso licenziato. Il coloramento della cute, non aveva fatto alcun progresso.

Breve tempo dopo essere partito dall'ospedale, dovette però di nuovo ricorrere al medico, poichè le sue forze erano di nuovo scemate, pel cattivo nutrimento e per difetto di cura. Gli fu ordinato il ferro, la dieta corroborante, e vino ogni giorno. Con tale trattamento si riebbe un'altra volta, ed in modo da potere fare una passeggiata ogni giorno.

Nel 7 Novembre 1868 il malato, senza alcuna causa speciale, fu preso da brividi di freddo con susseguente calore, e nell'istesso tempo da dolore puntorio nella regione del rene destro. Anche questa volta l'esame obbiettivo non rivelò alcuna alterazione organica negli organi del petto e del ventre. Il dolore nella regione renale destra si aumentava con la pressione. Orine prive di albume. Defecazioni ritardate. Polsi piccoli (120), sete intensa. — Ordinazione: acidi. I dolori si fecero meno intensi dopo alcuni giorni, ma però la febbre rimase sempre elevata. Il malato cominciò sempre più a decadere di giorno in giorno, ed il 20 Novembre morì nel collapsus.

La *sezione* diede i seguenti risultati. — Rigidità cadaverica (36 ore dopo morte) molto espressa nelle estremità superiori ed inferiori. Colore della cute bruno-grigio, nei punti indicati nell'esame obbiettivo; le altre parti del corpo, di un colore bianco sporco. Musculatura secca, e di colore rosso-scuro. Pannicolo adiposo discreto sul torace, ben conservato nell'addome. — L'apice del lobo superiore del polmone sinistro, raggrinzato, e fornito di tratti di tessuto

Digitized by Google

connettivo cicatriceo; nel centro del lobo, alcuni gruppi di tubercoli cretificati. Il lobo inferiore del polmone sinistro, ricco di sangue ed edematoso. Polmone destro, secco e molto pigmentato. Mucosa dei bronchi normale. Cuore piccolo, miocardio poco sviluppato, valvole sane. Fegato normale, milza non ingrandita. Sangue, scuro e scorrevole. Reni ricchi di sangue, e nella parte corticale attraversati qua e là da striscie di adipe. Capsula sopra-renale sinistra raggrinzata, il tessuto degenerato; la sostanza corticale non distinguibile dalla midollare; qua e là deposizioni della grandezza di un grano di miglio, di colore grigio. La capsula del rene succenturiato destro, inspessita, cartilaginosa, e concresciuta col fegato nella sua parte superiore. Aperta la capsula, ne uscirono circa 6 grammi di pus giallognolo e scorrevole. La parte superiore della capsula, era corrosa dal pus; il tessuto di essa, era completamente trasformato in una massa grigia, uniforme, e simile alla tubercolare. L'esame microscopico del preparato, fatto dal Prof. Rindfleisch, vi rivelò tubercolosi delle capsule sopra-renali. — « I noduli caseosi avevano già distrutta la più gran parte dell'organo; in alcuni punti isolati, era peraltro tanto poco alterato il parenchima, che si poteva seguire esattamente, nei setti, la infiltrazione a piccole cellule, con cui comincia il processo. La capsula è enormemente inspessita e concresciuta con le parti vicine, mercè antiche adesioni; in queste adesioni, si giunge a dimostrare due grossi filamenti nervosi, le cui fibre hanno subito in parte la metamorfosi caseosa » (simpatico?).

L'autore avverte, come in questo caso sia degna di nota la limpidezza, e l'impronta dei sintomi; mancava totalmente ogni complicazione, che potesse turbare la forma della malattia, e che potesse riguardarsi come causa dei fenomeni osservati durante la vita; all'incontro il colore della cute era caratteristico, la malattia delle capsule sopra-renali non poteva disconoscersi, la cachessia era espressa. È anche da notarsi il successo ottenuto coi corroboranti. — Per ciò che riguarda l'essenza della malattia, questo caso può dare poche spiegazioni; solo dalla storia narrata si può inferire, che non è a ricercarsi l'essenza del morbo, e quindi la causa della cachessia e della morte, nell'alterazione delle capsule sopra-renali, poichè il paziente si riebbe, riprese forze, e potette di nuovo passeggiare, in un tempo in cui doveva già ammettersi come completa la degenerazione delle capsule sopra-renali. Per questa veduta, parlano i casi di attività completa della vita, con mancanza o inattività funzionale dei reni succenturiati. Forse l'essenza della malattia, è a ricercarsi in un'alterazione del sistema dei nervi trofici. (plesso solare. Virchow), e nel nostro caso, per le alterazioni trofiche potrebbe parlare la diarrea durata per lungo tempo.

C. B.

Vogel. — *Sopra un nuovo metodo proposto dal Professor Kussmaul, pel vuotamento del pus dopo la toracentesi.* (Berlin. klinis. Wochenschrift N. 46 e 47, 1869).

L'autore comincia dall'avvertire, come uno dei principali pericoli che si hanno dopo la toracentesi per empiema, consiste nell'insufficiente deflusso del pus dalla cavità pleurale, e nella conseguente decomposizione putrida di esso; il che, prescindendo anche dall'assorbimento dei prodotti di scomposizione, può avere per conseguenza estese ed incurabili suppurazioni delle lamine della pleura. — Quasi tutti quelli, che si sono occupati di questo processo operativo, hanno infatti cercato di rimediare a questi inconvenienti con diversi mezzi. Il fare una grande incisione sulla parete toracica, che è il migliore dei metodi a tal fine proposti, è certo cosa commendevolissima nei casi di empiema, ma tuttavia questo metodo è troppo doloroso e difficile, perchè possa essere posto facilmente in atto nella pratica privata. Da un altro lato essendo molte volte dubbio, specialmente negli adulti, se l'essudato sia sieroso o purulento, deve farsi sempre precedere al taglio una puntura di prova, il che, quando si sia accertato l'empiema, espone il malato a due operazioni, di cui sarebbe desiderabile poterne risparmiare una. Oltre ciò il taglio anche grande, offre spesso l'inconveniente, che la ferita granula e cicatrizza sino a lasciare una ristrettissima fistola, prima che l'empiema sia guarito, mentre il foro prodotto da una puntura, può sempre più dilatarsi con la introduzione giornaliera delle candelette. Da ciò discende, come sia desiderabile un metodo, che permetta di ripulire perfettamente la cavità pleurale, anche quando si sia fatta una semplice puntura, ed in modo da impedire tutte le cattive conseguenze, che possono derivare dalla ritenzione del pus che continua a formarsi. A ciò si è creduto da molti di poter giungere, praticando giornalmente iniezioni di acqua tepida nella cavità pleurale, mercè una sciringa elastica o di argento, e quindi facendo uscire l'acqua iniettata, provocando l'infermo a tossire, o con altre opportune manovre. Con questo metodo si riesce talora nell'intento, ma bene spesso egli è insufficiente allo scopo, perchè non nettandosi completamente la cavità, segue del pari la decomposizione putrida dell'essudato, e perchè l'iniezione forzata dell'acqua impedisce l'adesione delle pareti pleurali, necessaria per la guarigione. L'altro processo, che consiste nello introdurre nella cavità pleurale una sciringa elastica, la cui estremità esteriore deve pescare in un bicchiere di liquido tepido, il quale nei movimenti respiratori viene alternatamente aspirato e ricacciato fuori col pus, benchè spesso procuri la nettezza della cavità malata, anche senza l'ingresso dell'aria, pure offre non piccoli inconvenienti, e non sempre soddisfa allo scopo. Il drenaggio applicato in molti casi, parimenti non sempre riesce, perchè spesso avviene, che si ostruiscano le aperture col pus addensato, ovvero che, per la compressione esercitata dal canale della ferita si occluda il lume dei tubi, cosicchè ben presto vengono in scena i sintomi di ritenzione del pus.

Il Prof. Kussmaul avendo riconosciuta per le suddette ragioni l'inefficacia o la incertezza degli altri metodi fin qui usati, ha ideata e fatta appositamente costruire per questo scopo, una sonda a doppia corrente, di cui si è servito con successo straordinariamente pronto, nei due ultimi casi di empiema, che gli si sono presentati. Alle due branche molto divergenti di questa sonda, sono innestati due tubi elastici, di cui uno più breve, pesca in un bicchiere di acqua, e serve a dare esito al liquido purulento, mentre l'altro più lungo, viene collegato con un vaso situato in alto, e ripieno

Digitized by Google

di acqua a circa 28° R., da cui il liquido con una forza dipendente dall'altezza della sua colonna, entra dalla cavità della pleura, per escirne dall'altro tubo commisto a pus. L'acqua si lascia scorrere finchè il liquido di reflusso non venga perfettamente chiaro. L'unica cosa a cui si deve badare in questo processo, è che sia proporzionale la forza con cui si fa entrare l'acqua per un tubo, alla quantità di liquido che esce dall'altro, affinchè il polmone non possa venirne troppo compresso, o lacerato. — Nei due casi di Kussmaul, con questo mezzo si nettò prontamente la cavità pleurale, e la guarigione si raggiunse in un tempo brevissimo. Vogel a confermare la efficacia del nuovo metodo, riferisce in seguito le storie dei due malati, di cui uno era un bambino dell'età di 4 anni e l'altro di 7 anni e mezzo, e nei quali era stata praticata la toracentesi a motivo di un considerevole empiema. In essi dopo qualche tempo il pus cominciò ad avere cattivo odore, il quale venne rapidamente rimosso, mercè le iniezioni praticate col nuovo metodo, e così si potette ottenere una sollecita guarigione. In uno di questi malati il fetore del pus era tale, che invece dell'acqua fu dovuto iniettare un infuso di camomilla con un poco d'iposolfito di soda in esso disciolto. C. B.

Ayres. — *Carcinoma del mediastino con pericardite.* (Philad. med. and surg. Reporter xx. 3, 1869 e Schmidt's Jahrbüch. N. 10, 1869).

Un uomo robusto di 52 anni, soffriva da tre anni per dolori di petto, che sopravvenivano periodicamente ogni 3 o 4 mesi, durante i quali, gli era solo possibile di tenere una posizione inclinata verso il davanti. La morfina produceva un alleviamento di questi dolori. — Un anno innanzi alla morte, l'infermo espettorò una copiosa quantità di sputi viscidi e fetenti. Dentro i due primi anni, due volte si mostrò tumefatta la metà superiore del petto, il che però sparì di nuovo dopo alcuni giorni. Anche nell'ultima malattia, si ripetè questa tumefazione. Nel Giugno 1868, il malato ebbe un violento accesso di dolore nella metà superiore del torace, insieme a dispnea e prostrazione, però si riebbe dopo alcuni giorni. Nell'ultimo accesso si fecero sensibili anche le clavicole e le 4 prime costole, come gli lo erano state prima una volta. Polso a 120, qualche volta nei movimenti più bruschi, appena numerabile e sensibile. La dispnea si fece continua, ma però fu mitigata dalla morfina. La posizione sul lato sinistro era impossibile, a motivo della dispnea e dell'oppressione di petto. Il fegato era ingrandito e duro; nella sua superficie si riscontravano grandi nodi, ed in vicinanza alla base dell'organo, anche mollezza. Col progredire della malattia, si fecero edematosi anche il collo e la faccia. Le vene iugulari erano molto turgide. Le vene superficiali del capo, del collo e del braccio destro, sporgevano evidenti. A dirittura sopra al terzo medio di ogni clavicola, si trovava un tumore non pulsante, (lungo 3″, e spesso 1 ½″). La pelle della faccia, del collo e delle braccia era cianotica, spesso sopravveniva un sudore freddo. La dispnea continua, si fece qualche volta ortopnea. Nel principio della malattia, l'urto della punta del cuore si conteneva normalmente; a gradi a gradi si fece più debole, e finalmente svanì. I toni del cuore si percepivano in mezzo allo sterno. Sopra la regione cardiaca, si trovava un'ottusità straordinariamente estesa per tutta la lunghezza dello sterno. Le azioni del cuore erano parecchie volte irregolari; i toni del cuore molto diffusi. Talora palpitazioni. Lo sterno era sporgente verso il dinanzi, un punto di esso era rammollito. Nella mattina si avevano ordinariamente nausee.

Reperto anatomico. — Nel piloro 3 cisti carcinomatose della grandezza di una avellana. L'intera superficie del fegato, ingrandito, attraversata da masse carcinomatose della grandezza di un pisello, sino a 3″ di diametro. Lo sterno si potè rimuovere solo dopo tagliata una massa carcinomatosa, che nel mezzo dello sterno era larga 3 ½″ ed alquanto più stretta verso l'alto e verso il basso. Tolto lo sterno, il cuore non si vedeva; esso giaceva perpendicolare al disotto di detto osso. La massa carcinomatosa pesava 36 once. Framezzo ad essa, stavano il cuore, il pericardio, l'aorta, la vena cava, la vena azigos, ed il condotto toracico. Il pericardio era concresciuto col cuore, il quale era lungo solo 3″, e spesso 2 ½″. Nella parete interna dell'orecchietta destra, si trovava una neoformazione carcinomatosa peduncolata lunga 1 ¼″. Un poco sopra alla biforcazione, la trachea era tanto contratta, da non potervisi nè anche introdurre la punta del dito mignolo. La parte ristretta della vena cava inferiore, conteneva un trombo semi-organizzato. C. B.

U. Ulrich. — *Laringotifo. Tracheotomia. Rimozione della cannula dopo 7 mesi. Guarigione.* (Berlin. klinische Wochenschrift, N. 45, 1869).

Sebbene nel tifo addominale si presenti frequentemente l'ulcera tifosa al laringe, (secondo Griesinger si trova circa in ⅙ dei morti per tifo), pure sono ben rari i casi, in cui la cavità del laringe subisca per la formazione di grandi ulceri, un restringimento tale, da doversi urgentemente ricorrere alla tracheotomia, per soddisfare ad un'indicazione vitale. — Fra le suddette rarità, è da annoverarsi il seguente caso verificatosi in Lüneburg, dove l'ileotifo si presenta sempre in modo sporadico.

J. S., dell'età di 22 anni, uomo del resto sano, e di complessione robusta, si trovava nella convalescenza di un tifo addominale (5.ª settimana). Il suo stato generale era soddisfacente, e solo una piaga di decubito sul sacro, ed una tosse secca originatasi da 8 giorni, formavano le sofferenze dell'infermo. Stando così le cose, venne in campo un'afonia. L'esame laringoscopico, che potè praticarsi solo incompletamente, a motivo della grande irritabilità del faringe, mostrò ulceri di cattivo aspetto e della grandezza di una lenticchia, sui margini dell'epiglottide poco edematosa. Una leggiera compressione esercitata sui lati del laringe, cagionava grave difficoltà di respiro. Premendo più forte sullo stesso punto, e sugli anelli superiori della trachea, il malato accusava dolore. — Tanto i revulsivi, come la cau-

Digitized by Google

terizzazione del laringe con una soluzione di nitrato d'argento, non ebbero alcun successo. I sintomi si aggravarono sino alla completa afonia, ed al più alto grado di dispnea, la quale condusse a ripetuti accessi di soffocazione. Peraltro, anche ora, non si trovò mai un forte intumidimento dell'epiglottide. Il malato ricusava di assoggettarsi ad una operazione. Nel pomeriggio del 6.° giorno, si stabilì delirio placido, e nella sera il coma, insieme ad un notevole collapsus. Nella notte essendosi arrestata la respirazione, dopo molti accessi asfitici, che si rinnovarono l'un dopo l'altro, l'autore fece la tracheotomia, a cui tenne dietro il rinnovarsi della respirazione, da principio irregolare ed a lunghe pause. Dopo 12 ore, il respiro si era fatto naturale, ed era ritornata la coscienza. — Il malato riprese rapidamente le forze, fece per qualche tempo la cura di siero, e le inalazioni di allume, ma tuttavia dopo 5 mesi il miglioramento della località malata, non era ancora notevole. Durante questo tempo il malato, sotto violenti colpi di tosse, emise spesso dalla bocca, insieme cogli sputi, alcuni grumi grigio-nerastri grandi quanto un nocciolo di ciliegia, che sembravano consistere in brani di mucosa e tessuto cellulare mortificati. Soltanto nel 6.° mese, sotto l'uso delle inalazioni di nitrato d'argento, sopravvenne un miglioramento, che si fece sempre più sensibile, finchè nel 7.° mese, quando era buon tempo, il malato poteva passare nel giardino la maggior parte del giorno. Al principio dell' 8.° mese si potè togliere finalmente la cannula, dopochè essa era rimasta 7 mesi e 4 giorni nella ferita tracheale. La fistola laringea rimasta, fu chiusa facilmente cauterizzandola colla pietra infernale. La respirazione si fece buona, ma però sempre accompagnata da un tono tracheale ruvido; la voce aveva sofferta un'alterazione, inquantochè essendo prima di tenore, era poi diventata di basso profondo. C. B.

Bornhardt. — *Determinazione quantitativa dell'albume, mediante il peso specifico.* (Berlin. klinis. Wochenschrift N. 34, 1869).

Alcuni anni or sono non si era in stato di determinare esattamente ed in breve tempo la quantità di albume contenuta in un liquido. Lang ed Haebler furono i primi a riconoscere, che si può ottenere tale determinazione, mercè il rapporto costante che esiste fra la quantità di albume contenuta in un liquido e la differenza che passa tra il peso specifico di esso liquido, misurato prima e dopo la dealbuminazione. Ora Bornhardt nel laboratorio clinico di Pietroburgo, ha ripetute colla maggior accuratezza possibile le esperienze di Haebler ed è riuscito a dimostrare che questo rapporto esiste costante, ma che varia secondo i diversi apparecchi che si pongono in opera per dealbuminare il liquido da esaminarsi, e che per ogni laboratorio, dato uno speciale apparecchio, deve farsi il calcolo per questo e deve adoprarsi sempre il medesimo. — Per fare questo calcolo Bornhardt poneva il liquido da esaminarsi in un matraccio otturato con un sughero munito di un tubo di vetro lungo un decimetro e del lume di $\frac{1}{3}$ di centimetro, ed avvolgeva il terzo superiore del collo del matraccio con un panno bagnato; quindi recava ad ebollizione il liquido a bagno maria e quando esso già si era intorbidato, mercè il tubo innestato nel turacciolo vi faceva cadere alcune gocce di acido acetico, il che portava per effetto la precipitazione fioccosa dell'albume e la chiarificazione del liquido soprastante; allora faceva raffreddare il matraccio nell'acqua fredda, quindi lo apriva e versava il liquido su di un filtro bene asciutto; misurava con l'urometro il peso specifico del liquido filtrato e raccolto in un cilindro, mentre in un altro cilindro ed alla stessa temperatura, misurava il peso specifico di un'altra porzione di liquido, che non era stato sottoposto all'ebollizione; nell'istesso tempo pesava anche l'albume raccolto sul filtro, il qual peso rappresentava la quantità di albume contenuta in una determinata quantità di liquido. — Confrontando questo peso assoluto dell'albume con la differenza del peso specifico trovato nei due liquidi, Bornhard giunse al risultato che, adoprando il suo apparecchio, una diminuzione del peso specifico nel liquido dealbuminato di 0,020, corrisponde a 8,313 per cento di albume, e semplificando i numeri, una diminuzione del peso specifico di 0,0001 su grammi 100 di liquido, corrisponde a grammi 0,041 di albume in esso contenuto. — S'intende da sè che per potere determinare con una certa esattezza le piccole quantità di albume, sarebbe desiderabile la diffusione degli urometri con una divisione a decimillesimi. C. R

Besnier. — *Sull'uso terapeutico del iodoforme.* (Bull. de Thér. LXXIII., p. 521, Déc. 30, 1867). Schmidt's Jahrbücher N. 7, 1868.

Besnier ebbe più volte opportunità di osservare i buoni effetti del iodoforme nelle *ulceri sifilitiche* e specialmente nell'*ulcere molle*. Fu usato la prima volta in un ulcere molle del glande ed in altro ulcere inoculato nella coscia. Il dolore mediocremente vivo venne con ciò alleviato e si produsse una cicatrice assai sollecita. Un secondo caso analogo in cui malgrado tutti i rimedi usati non presentavasi la produzione della cicatrice, guarì con uguale rapidità coll'uso del iodoforme il quale veniva applicato in polvere due volte al giorno. In diversi altri casi ancora della stessa specie l'autore vide sempre un successo egualmente favorevole, e raccomanda la cura col iodoforme specialmente nelle *ulcerazioni del collo dell'utero* e nelle *affezioni della mucosa del naso e delle fauci*. Nel primo caso serve ottimamente un tampone secco intriso di iodoforme, nell'altro caso lo si *insufla*.

Come si è detto, si adopra in forma di finissima polvere, la quale si applica col dito o colla spatola sulla piaga accuratamente pulita e convenientemente si copre con pannilino inzuppato nella glicerina o con carta finissima, oppure con membranelle da battiloro (per esempio nel glande).

L'indicazione per l'uso di questo rimedio, secondo Besnier, si ha in tutti quei casi in cui si tratta di piaghe ulcerose, più o meno antiche, dolorose o indolenti, nelle quali per nessuna guisa si dispone a formarsi la cicatrice.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

Fig. 1.

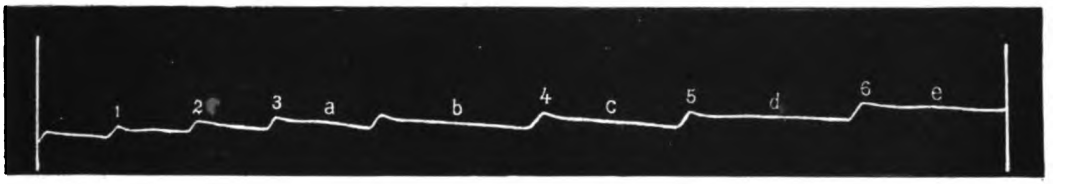


Fig. 2.

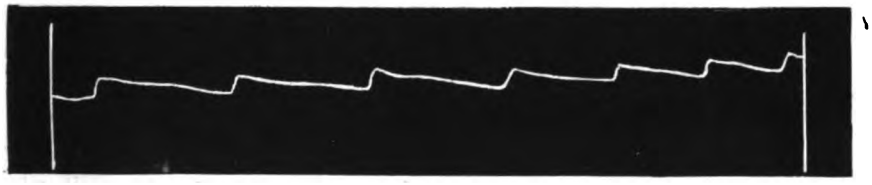


Fig. 3.

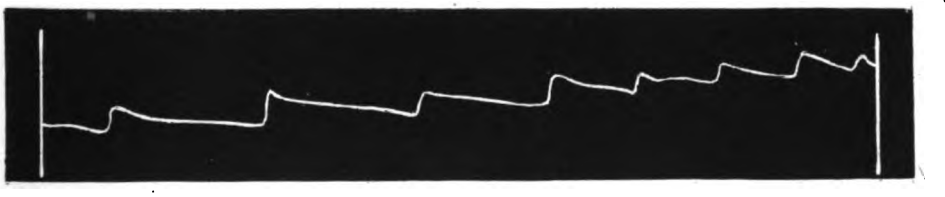
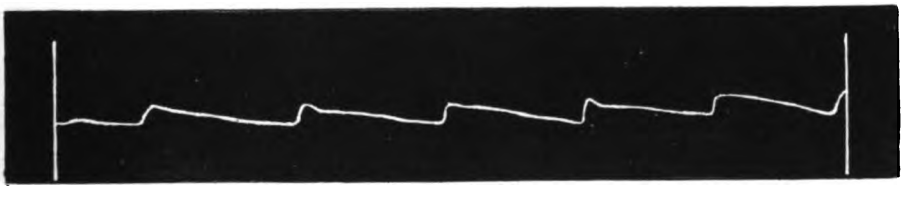


Fig. 4.



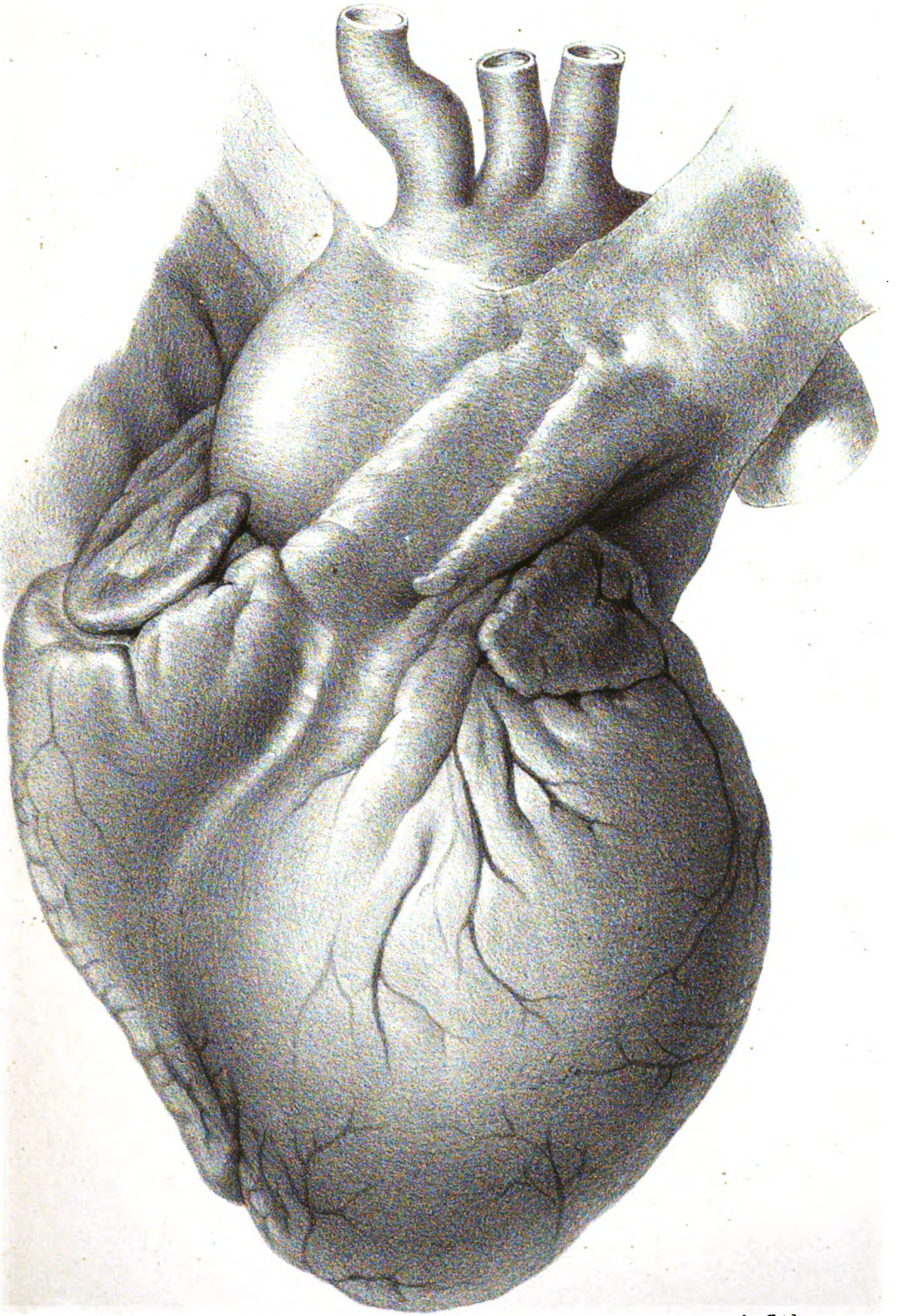
O. Nannini dis.

Int. F.lli Casanova

Digitized by Google

Digitized by Google

Prof. L. Concato - Fisioigiologia e fisiopatologia del cuore Tav. II.

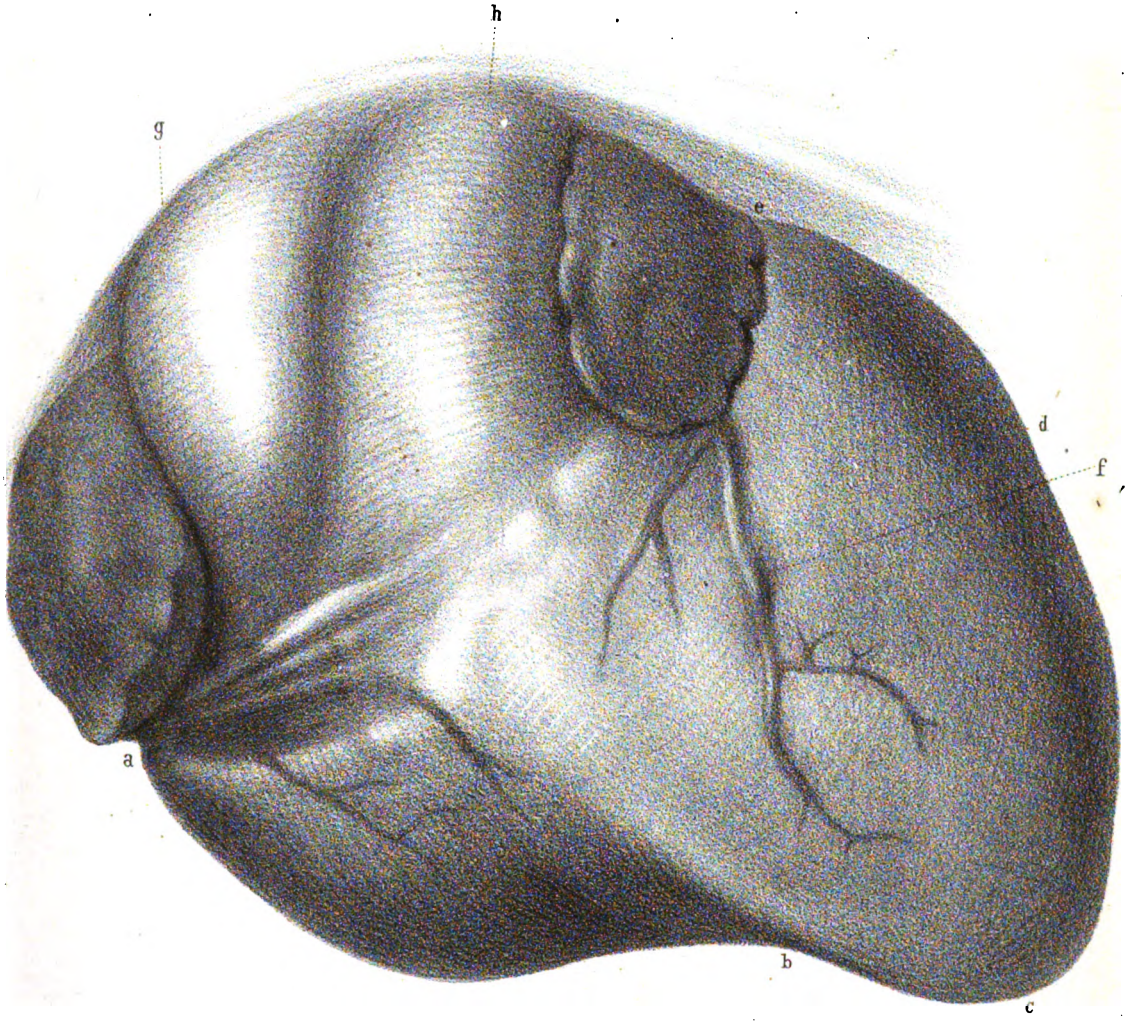


Lit. F. Casanova

UNIV. OF MICH.
Digitized by Google

Digitized by Google

Prof. L. Concato.



G. Nannini lit.

Lit. F.lli Casanova

Digitized by Google

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 2. BOLOGNA 28 Febbraio 1870.

MEMORIE ORIGINALI

Dalla Clinica Medica di Bologna (Prof. L. Concato)

ANCORA

sulla diminuzione numerica de' battiti cardiaci per irritazione meccanica del Vago

PEL

Prof. L. CONCATO.

Svolgendo in questi giorni parecchi volumi della pubblicazione periodica « *Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde* di Praga, ho trovato nel 4.° volume del 1868 ciò che non cercava, vuo' dire un articolo del Prof. Czermak « sulla irritazione meccanica del nervo Vago nell' uomo », pubblicato quindi dopo il suo discorso popolare sul cuore, tenuto in Jena nel 1867. — Vederlo e sovvenirmi d'averlo già letto e meditato fu un punto solo e n' ebbi rammarico grande che mi cadesse dalla memoria, epperciò non ne avessi fatta menzione nella nota che venni ad inserire nel precedente fascicolo di questa *Rivista Clinica.* — Non è che l'autore ivi esponga fatti o adduca ragioni che mutino essenzialmente il carattere della sua osservazione, quale la lessi nel succennato discorso; anzi egli dichiara che non vi è tornato sopra che in parte per completarla, in parte per eccitare altri a verificarla. Tuttavia, oltre il debito che mi incombeva di parteciparne un sunto ai lettori di questa *Rivista*, mi sentii spinto a farlo dal vantaggio che ne avranno conoscendo meglio la storia dettagliata del curiosissimo fenomeno.

Io avea detto nella mia nota, che il Czermak in quel discorso accennava, ma non descriveva qual fosse il punto a destra del collo, la cui pressione digitale produceva in lui la diminuzione numerica delle contrazioni cardiache. Or bene, in quest' articolo lo dice e di più conferma la ipotesi da me fatta, che in esso, egualmente che nel malato da me visto, ne fosse cagione qualche anomalia di rapporti topografici fra arteria carotide e nervo Vago, la quale anomalia impedisse a questo di sfuggire la pressione del dito, come la sfugge in condizioni normali. — Ed ecco le sue precise parole: « Alla regione della parte destra del collo, » là dove io devo premere per produrre in me gli » effetti della irritazione del Vago, si sente una » enflagione rotonda, pulsante, la cui presenza » sempre di quel volume e colle stesse qualità, mi » è nota fin dall' anno 1847, mentrechè a sini- » stra tutto appare compiutamente normale. Sulla » natura di quella enflagione fui e sono ancora al- » l' oscuro, avvegnachè io la tenga prodotta da » un inspessimento e dilatazione dell' arteria ca- » rotide, colla quale o colle parti circostanti il ner- » vo Vago è saldato per tessuto connettivo teso e » resistente. » Io dicea inoltre di non sapere se il Czermak, come me, avesse cercato di produrre il fenomeno sopra altri individui e trovo proprio in principio dell' articolo, il passo che segue « la pressione su quel punto del collo in quan- » ti ho fin qui avuta occasione di esaminare, ri- » mane senza effetto egualmente che da me, pre- » mendo sul punto omonimo di sinistra. » Il Czermak non dice poi di avere indagato se in quei soggetti altri punti offrivano la stessa sensibilità.

Ciò premesso l' autore passa a descrivere senza varianti le modalità dell' esperimento e gli effetti suoi sensibili al dito applicato sulla carotide, sulla radiale ed all' ascoltazione del cuore, precisamente alla maniera della osservazione da me riferita. Se non che qui l' autore intercala una serie di schemi sfigmografici che mancano nel discorso, e che al pari di me egli si procurò coll' apparecchio del Marey, in mancanza del quale, volendo far vedere a molti in un tempo il fenomeno, si serve di uno stecco p. es. un dentelliere od altro, accomodato per bene sopra una arteria superficialissima e molto grossa del polpastrello del suo pollice destro che, visto da tutti, fa vedere i suoi movimenti alternativi di innalzamento ed abbassamento in relazione alla diastole e sistole arteriosa. Per me ho trovato conveniente applicare sul punto sensibile o sulla regione cardiaca dove batte la punta del cuore, uno stetoscopio che serve da compressore ed indicatore insieme nel primo, e da indicatore solamente nel secondo caso. Impertanto nella descrizione dello sperimento il Czermak usa una frase, che per quanto io posso giudicare da straniero alla sua lingua, non parmi il simbolo più giusto del fatto che vuole significare. « So bleibt das Herz » in Diastole stehen » è stampato nell' articolo, e vuol dire che « il cuore resta fermo o si fer- » ma nella diastole. » — La inesattezza dell' espressione rileva da ciò, che non è veramente

Digitized by Google

che il cuore si fermi nella diastole e che a farlo muovere di nuovo convenga allontanare il dito premente. Come scrive lo stesso Czermak e come lo mostrano i suoi ed i miei schemi sfigmografici, il cuore si contrae anche se la pressione continua, laonde avrebbe usato più adeguata espressione, se avesse scritto dicendo che « die Diastole des » Herzens verlängert sich » cioè che « la diastole » del cuore si prolunga. »

Tra gli esemplari sfigmografici del Czermak ed i miei ho notate poi parecchie differenze. Nei miei la durata delle singole diastoli dopo la pressione, non appare così variabile nè lo è egualmente il numero delle diastoli più lunghe, interposte al ristabilimento della frequenza normale. Secondariamente io non ho mai sentito che la carotide continuasse a dilatarsi al grado normale per una ed anco per due volte, dopo applicato il dito; in ogni caso seguì immediato il prolungamento, benchè meno durevole che nelle diastoli successive. In terzo luogo non risulta dalle mie osservazioni, che per effetto della pressione costante intra-arteriosa diminuita, la linea formata dall' assieme dei prolungamenti diastolici avesse una direzione discendente, anzi vi è piuttosto manifesta una tendenza allo ascendere per cagione naturalmente opposta. Ed infine, per quarto, il modo di ritorno alla frequenza normale non apparisce dagli esemplari del Czermak tanto incerto quanto dai miei. Fa mestieri però notare che di queste e consimili differenze può essere stata in parte causa lo stato diverso di salute degli individui soggetti alle osservazioni, giacchè il mio era ed è ancora e sarà finchè vive, malato; in parte, come osserva il Czermak, possono essere desse effetto di irregolarità accidentali inseparabili dalla sfigmografia, i cui risultamenti io ho veduto spesso turbati dal più leggero movimento del corpo e perfino degli occhi, o da qualche contrazione fibrillare nei muscoli dell' antibraccio e via dicendo; o varietà regolari dipendenti dal variare della pressione, più o meno improvvisa, forte, estesa, perpendicolare od obliqua. Così se è lenta e debole ne viene, secondo Czermak, che il prolungamento diastolico non segue immediatamente, se è obliqua, che ha luogo tosto, ma in grado meno sensibile dei seguenti.

Io non mi sentirei invero propenso a questi modi d' interpretazione ed invece inclinerei ad ammettere la ragione delle varietà nell' aumento progressivo dell' eccitamento nervoso, che formerebbe direi quasi la metà ascendente di una parabola, la di cui altra metà, o discendente, sarebbe rappresentata dal ritorno graduale dello stato anteriore alla pressione. Per fermo, nessuno potrà credere che l' atto del premere, quand'anche eseguito con la massima rapidità, debba essere, a tutta prima, tanto forte quanto nell' ulteriore sua continuazione, e nessuno pure troverà difficile comprendere che, durando la pressione, il nervo non potrà riacquistare d' un tratto la eccitabilità sua ordinaria e che, divenendo quella incerta e diseguale, s' abbiano a presentare in quel ritorno variazioni modali moltissime. — Anche Pflüger, come già avverte in una nota lo stesso Czermak, negli sperimenti che intraprese sugli animali vide costantemente, che gli effetti dello eccitamento del Vago non apparivano tosto, ma sì bene dopo due diastoli che in nulla si distinguevano dalle precedenti, ed attribuisce il fenomeno ad un temporario ritardo dell' effetto motorio, il che con altre parole equivale al tempo necessario a vincere la resistenza nei tessuti.

A questo punto l' autore si difende dalla opposizione che gli ha mosso contro Eckhard, il quale sul valore dimostrativo del fatto così ragiona: « Anche sull' uomo vivo si può ottenere » un rallentamento del battito cardiaco » (espressione molto impropria) « premendo il Vago al collo; » tuttavolta il tentativo, per le mutazioni che deve » produrre nel movimento del sangue entro i vasi, » particolarmente nelle vene che vanno al cuore, » e pel conseguente possibile cambiamento nel bat- » tito stesso, non convince abbastanza. » (Experimental Physiologie des Nervensystems, Giessen 1867 2 Aufl. pag. 195).

Se io avessi conosciuta questa opposizione al momento che scriveva la mia nota, avrei risposto col Czermak che davvero non si tratta nel caso suo e mio di un semplice rallentamento del battito cardiaco, bensì di quel complesso fenomenico che caratterizza la irritazione del Vago, e che nessun fatto autorizza a pensare, che impedito od anche intercettato il corso del sangue nei vasi da una parte del collo, avvenga in generale il caso che si cambino i battiti del cuore nel modo da noi notato. Avrei risposto con esso lui, che quegli effetti s'erano ottenuti con un grado di pressione insufficiente per alterare l' emodinamia nè vasi suddetti e che io poi non li ebbi neppure quando cercai di impedire il movimento nei tronchi arteriosi degli arti, e che infine in ambedue le osservazioni la diminuzione numerica dei battiti cardiaci non seguiva che il premere su quel punto determinato e giammai altrove. Laonde io trovo giusta la conclusione del Czermak, che la sua osservazione, e quindi la mia, sia una prova convincente abbastanza della possibilità di irritare meccanicamente il Vago sull' uomo vivo, e di non capire come possa nascere su ciò un dubbio ragionevole, dal momento che alla pressione sopra un dato punto lungo il corso del Vago e *su quel punto solamente*, conseguono gli effetti più volte menzionati ed ogni altra teoria appare senza fondamento o incompiuta.

In seguito l' autore racconta che al principiare del prolungamento diastolico egli prova un senso speciale di legatura al torace, il quale pare li-

Digitized by Google

mitato all'ilo polmonare e lo costringe a profonda inspirazione. Anzi se volontariamente non mantiene l'ordinario andamento del respiro, gli è forza di inspirare profondamente ed involontariamente e trattenersi eziandio nella inspirazione. — Fatti consimili io non ne ho visto mai nelle ripetute osservazioni fatte sul mio malato, la respirazione si conservò sempre ad un modo, prima, durante e dopo l'esperimento. Il Czermak vorrebbe applicare ad essi i risultati degli studi fisioigiologici sull'azione innervatrice del Vago. E veramente accade che la sua irritazione meccanica fa altresì diminuire la frequenza dei moti respiratori e li arresta puranco nella inspirazione, ciò che si attribuisce allo eccitamento delle sue fibre centripetali. — Tuttavia l'autore non tiene molto a questo tentativo esegetico, poichè i fenomeni subbiettivi ammettono svariate interpretazioni dice averne fatta menzione solamente per completare l'immagine delle cose osservate nello sperimento.

Lo stesso motivo da ultimo gli fa descrivere un altra serie di sensazioni subbiettive, che prova quando la pressione è lungamente protratta o forte, la quale anzichè dagli effetti della irritazione del Vago, egli crede dipendere dalle conseguenze del cambiamento nel battito cardiaco (?), e sono: un senso di tensione alla metà destra della faccia e maggiore entro l'occhio, dal quale vede leggere scintille, deboli offuscamenti del campo visuale, accompagnati da miti accessi di vertigine e di deliquio. La pupilla però non muta lo stato suo, benchè Kusmaul abbia mostrato che essa si dilata ogni qual volta l'occhio si riempie attivamente o passivamente di sangue. — Io non credo necessarie ulteriori parole per mostrare al lettore quanto nel complesso i risultati delle mie osservazioni concordino con quelli ottenuti dall'illustre Czermak, e quanto grande sia il valore di una concordanza non preveduta!

All'articolo tien dietro una osservazione del Prof. C. Gerhardt di Jena, riguardante dei linfosarcomi del collo, nella quale è riferito che premendo sulla parte interna ed inferiore del tumore (a destra del collo) il polso del malato faceasi più piccolo, lento ed irregolare. Questo fenomeno fu naturalmente attribuito ad una irritazione meccanica del Vago, però nè si produceva con costanza, nè con segni così chiari, quali eransi veduti nei casi di Czermak e nel mio.

CONTRIBUZIONE ALLA GENESI DELL'EPITELIOMA

PEL

Dott. N. MANFREDI

Assistente alla Clinica Oculistica nella R. Università di Pavia.

(Dal Laboratorio di Patologia Sperimentale).

Nel corrente anno ebbi occasione di studiare un cancro epiteliale, recidivo della congiuntiva, così interessante ed opportuno, pella dimostrazione del suo modo di sviluppo, che non esitai presentare al Reale Istituto Lombardo in una nota (1) un riassunto dei risultati del mio esame. — Ma quel riassunto, pubblicato nei rendiconti dell'Istituto (Serie II, Vol. II, 1869), non avrebbe sufficiente valore senza l'intiera pubblicazione del caso clinico e del relativo studio istologico.

I recenti studi del Recklinghausen (2) e del Köster (3), coi quali credono questi avere dimostrato l'origine del cancro epiteliale dall'endotelio dei vasi linfatici, in opposizione alla dottrina di Virchow (4), secondo la quale gli elementi epitelici trarrebbero origine nell'epitelioma dalla moltiplicazione delle cellule del connettivo, ed all'opinione di Thiersch (5) e di Valdeyer (6), che riferirebbero ad una ipertrofia ed iperplasia delle cellule dell'epidermide l'origine della neoplasia in questione, mi indussero all'accurato esame del caso seguente.

Finardi Luigi, di Casei, contadino sui 53 anni, di sano e robusto aspetto, non ebbe mai a soffrire malattie d'occhi, e godette sempre d'una vista perfetta. — Dodici anni or sono, per lo scatto di un ramo ricevette un colpo leggero sull'occhio destro, conseguenza immediata del quale fu una semplice ecchimosi congiuntivale, parziale, e successivamente, al suo dire, un piccolo bitorzoletto, che si mantenne indolente, e stazionario all'esterno lato della cornea.

Solamente da un anno avrebbe incominciato a crescere questo bitorzoletto, e a tendere verso la cornea, per cui in Novembre 1868 fu costretto il

(1) Sullo sviluppo del cancro epiteliale. Nota del Dott. N. Manfredi.

(2) Archiv für Ophthalm. — Zeh. Band., Abth. I, 1864, pag. 177. — Zur Casuistik der Tumoren von Prof. v. Graefe.

(3) Archiv für Path. Anat. — Vol. 40, pag. 468. — Cancroid mit hyaliner Degeneration (cilindroma Billroths') von Karl Koester.

(4) Cellular pathologie, 1859.

(5) Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut. — Leipzig 1865.

(6) Archiv für Pathol. Anat. und Phys. von R. Virchow, 1868, pag. 170. — Die Entwicklung der Carcinome.

Digitized by Google

paziente a ricorrere all'arte, e riparò nel servizio oftalmici dello spedale di Pavia, dove fu liberato del neoplasma, che già del volume d'un pisello occupava il lato esterno della cornea; e donde egli infine dopo tre giorni dalla operazione potè ripartire con tutte le apparenze di una guarigione perfetta.

Ma dopo pochi giorni sul luogo stesso prese a ripullulare e svolgersi il tumore così rapidamente, da costringer il Finardi dopo meno di tre mesi dalla prima operazione a ricorrere di nuovo all'arte, ed il 23 Febbraio 1869 venne ricoverato nella Clinica Oculistica della R. Università.

All'epoca di sua entrata il bulbo oculare destro presenta all'estremo esterno del meridiano trasverso della cornea un tumoretto roseo, indolente, molliccio, finamente bernoccoluto, leggermente conico, del volume, della forma, e dell'aspetto di un mezzo lampone, applicato per la sua base a cavaliere dei limiti fra la cornea e la sclera. La facoltà visiva dell'occhio non ne risentirebbe punto senza un annebbiamento leggerissimo della cornea estendentesi fino verso il suo centro, e senza la poca limitazione esterna del campo periferico, causata dall'ostacolo meccanico che offre il tumore in ragione della sua elevatezza: come pure la base ben circoscritta del tumore, la sua forma conica, la non eccessiva sua altezza fanno sì, che esso non disturba menomamente i movimenti del bulbo, e delle palpebre.

Vista la recidività della neoplasia, la sua rapida evoluzione, il suo progresso verso il dominio della pupilla, il Prof. Quaglino non esitò a consigliare l'enucleazione del bulbo, la quale fu praticata in presenza degli studenti, il 25 Febbraio, secondo le norme ordinarie, senza accidenti di sorta; ed il paziente potè lasciare la Clinica il 3 Marzo perfettamente ristabilito.

Fatte immediamente alcune dilaceraztoni di particelle del tumore per esaminarne gli elementi freschi, venne questo coll'intiero bulbo immerso nel liquido Müller, e successivamente nell'alcoole, per ottenerne l'induramento necessario ad istudiarne ulteriormente su sezioni verticali lo sviluppo.

Le accennate dilacerazioni immediate presentano una quantità di cellule di forma e dimensione svariata, le une appiattite, poligone, irregolari, come quelle di un epitelio pavimentoso, le altre ovoidee, o rotonde, altre infine allungate come quelle di un epitelio cilindrico, tutte a protoplasma finamente granulato, contenenti uno o più nuclei ovali, nucleolati, e riunite fra loro per la periferia senza intermezzo di reticolo.

Molte di queste cellule isolate presentano alla periferia una quantità di finissime appendici, le quali nelle masse più sottili di elementi si appalesano per un finissimo addentellato, mercè cui le singole cellule stanno riunite ed incastrate fra loro.

«A queste striature, già da tempo notate dagli istologi alla periferia delle cellule in varii prodotti patologici, lo Schrön (1) diede la significazione di tubicini o poricanali, veri mezzi di comunicazione fra cellula e cellula. Bizzozero (2), e Schultze (3) invece non riconobbero in esse che il risultato di appendici disposte alla periferia di tali cellule e costituenti un mezzo di unione tra di loro. Lo Schrön, non badando che Bizzozero appoggiava la sua opinione su osservazioni fatte sopra tessuti freschi, sorse ancora (4) a sostenere la sua teoria, adducendo essersi Bizzozero e Schultze serviti di liquidi maceranti.— Ora, tali non essendo sicuramente neppure i liquidi da me impiegati, ed avendo io pure esaminato sul tessuto fresco, e l'addentellato che segna l'unione delle cellule nelle sezioni più sottili, traducendosi sugli elementi isolati in vere appendici o ciglia disposte alla periferia di essi, parmi doversi assolutamente rigettare l'opinione dello Schrön, tanto più come fondamento ad una teoria, che ha tutto il diritto di pretendere basi solidamente dimostrate.

Ho creduto tanto più un dovere di fare questa nota, vedendo istologi italiani non solo inclinare verso l'opinione del Prof. Schrön, ma anche accoglierla come accettata e dimostrata (5).»

Le sezioni verticali vennero praticate nella direzione del meridiano trasverso dell'occhio, comprendendo nel taglio, col tumore, la cornea, la congiuntiva e la sclera sottoposta.

Su di queste venne constatata l'altezza massima del tumore di 5 millimetri, e la larghezza della sua base di 8 millimetri. Questa però non aderisce ai tessuti sottoposti in tutta la sua estensione, ma ad essi solamente giustaposta per la periferia, non aderisce che per la parte centrale, quasi per cortissimo pediciolo della larghezza di 3 millimetri e mezzo, avente radice specialmente nell'anello congiuntivale.

L'origine e lo sviluppo del tumore si appalesano all'evidenza procedendo, nell'esame delle accennate sezioni verticali, dalle estremità verso

(1) Ueber Porencanäle. — Moleschott's Untersuchungen, Bd. IX.

(2) Annali universali di Medicina. Milano, Ottobre 1861.

(3) Archiv für Path. Anat. von R. Virchow. Vol. XXX. Heff. I e II.

(4) Il Morgagni pag. 189, 1865.

(5) Ciaccio. Intorno alla minuta fabbrica della pelle della rana esculenta. — Palermo 1867, pag. 14.

Palladino. Lezioni di istologia e fisiologia generale. Napoli 1868, pag 56.

Digitized by Google

N. Manfredi - Contributo alla genesi dell'Epitelioma.

Fig. 1.

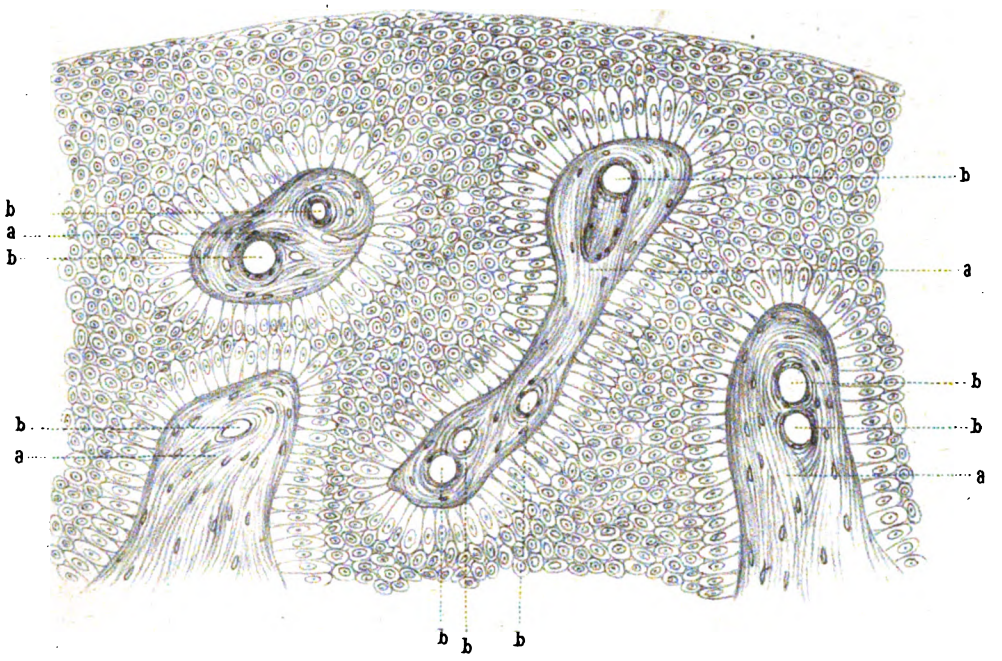
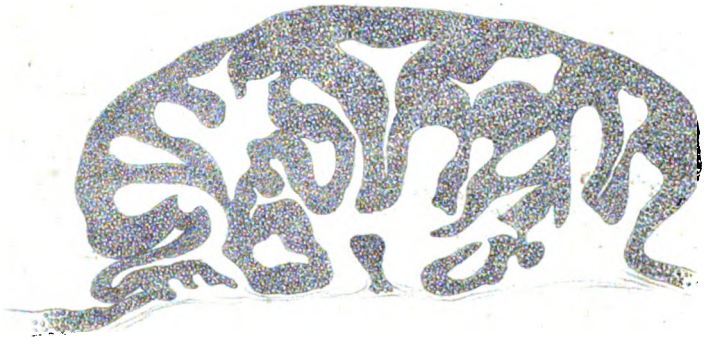


Fig. 2.



O. Nannini lit.ª

Lit. F.lli Casanova.

Digitized by Google
UNIV. OF MICH.

Digitized by Google

il centro dei preparati, val quanto dire, dalla periferia, cioè dalle parti sane, verso il corpo del tumore.

In allora si osserva da una parte la cornea sana presentare gradatamente verso le falde del tumore un aumento progressivo nel numero, e limitatamente anche nel volume degli elementi, che compongono lo strato epiteliale, conservandosi integri gli strati sottoposti.

Analogamente si osserva avvenire dall' altra estremità del preparato, o sclerale; ivi però col progressivo incremento dello strato epiteliale della congiuntiva si rivela una esuberanza di vasi nel corpo papillare della medesima, e contemporaneamente lo sviluppo di festoni o cilindri epiteliali, che partendo dall' epitelio si internano in basso e si addentellano col tessuto sottoposto. Egli si è affatto pel progressivo e rapido incremento dei cilindri epiteliali formanti questo addentellato, per l'anastomizzarsi di essi fondendosi fra loro, che appare evidentemente rialzarsi e costituirsi il corpo del tumore (Fig. II).

Diffatti in corrispondenza di questo le preparazioni si offrono composte di grandi masse epiteliali, risultanti dall' anastomizzarsi, fondendosi, dei cilindri epiteliali emanati dalla superficie, e circoscriventi delle areole (Fig. I a) di varia forma, costituite di connettivo e di vasi

Le cellule della neoplasia, verticalmente appiattite alla periferia, rotonde, ovali, irregolari nella massa, diventano regolarmente cilindriche, disponendosi perpendicolarmente alla superficie d'impiantazione ai limiti profondi della neoplasia, e costituiscono perciò una vera palizzata, che nettamente divide la neoplasia dagli strati sottoposti, che quindi limita anche il margine dei cilindri, e che circoscrive le notate aiuole connettive percorse da vasi.

In questo caso adunque appare evidentemente dimostrato la neoformazione del cancro epiteliale aver avuto origine dalla proliferazione non delle cellule del tessuto connettivo, e neppure da quella delle cellule costituenti l' endotelio dei linfatici, bensì dalla proliferazione delle cellule costituenti lo strato epiteliale della congiuntiva e della cornea.

Pavia, Novembre 1869.

Spiegazione delle Figure.

(Disegno del sig. Forlanini studente del 6.° anno di medicina).

Fig. I.ma disegno schematico di una porzione di sezione verticale (Hartnack ocul. N.° 3 obiet. N.° 7).

a aiuole connettive risultanti dalle anastomosi di cilindri epiteliali.

b sezioni trasversali di vasi.

Fig. II. ma disegno schematico di una piccola sezione verticale del tumore (Hartnack ocul. N.° 3 obiet. N.° 2), dimostrante l'origine dei cilindri epiteliali, le anastomosi e la disposiaione irregolare consecutiva al loro sviluppo.

DI UN PAPILLOMA DELLA CORNEA

PER

ANTIGONO RAGGI

Pro-Assistente alla Clinica Oculistica

Presentavasi a questo Ambulatorio Clinico certo M. D. (1) d' anni 59, di condizione contadino, nato a S. Maria in Duno, ed ivi domiciliato. Egli è ammogliato e padre di cinque figli, dei quali due morirono nell' età infantile per malattie acute, gli altri vivono sani e robusti. Gli avi suoi morirono per acciacchi di vecchiaia; e per malattie acute, pure in età avanzata, gli mancarono i genitori.

La sua salute fu ottima fino all' età di 32 anni, epoca nella quale ammalò di febbre continua che l' obbligò al letto per un mese. Ristabiliva completamente e raggiungeva l' età che ha presentemente, scevro da ogni lieve disturbo di salute. Ma sul cominciare dell' Agosto 1869 accorgevasi che nella porzione inferiore della congiuntiva bulbare dell' occhio sinistro in corrispondenza del lembo cherato-congiuntivale era sorto un tumoretto, il quale avea il volume e la forma di un grano di frumento, presentava un colorito roseo-pallido, ed era affatto indolente tanto spontaneamente, quanto se toccato o pigiato moderatamente. Il suo volume andò poi man mano crescendo, sicchè M. fu persuaso non essere più da trascurare il consiglio del pratico. Il chirurgo al quale affidò la cura della sua infermità toccò per ripetute volte il tumore colla pietra caustica, allo scopo di distruggerlo. Il tumore pur tuttavia andò a poco a poco crescendo, fino a raggiungere il volume di una piccola castagna, ed estendendosi in tutti i sensi egualmente in superficie, cominciò a coprire il segmento inferiore della cornea. M. allora, prevedendo che il tumore si sarebbe esteso anche più oltre a danno della facoltà visiva fino allora illesa, pensò di farsi visitare in questo Ambulatorio Clinico il giorno 29 Dicembre 1869.

Obbiettivamente l'infermo presentava le seguenti alterazioni:

La palpebra inferiore dell'occhio sinistro si mostrava alquanto prominente con leggerissimo grado di ectropion. Ad occhio aperto naturalmente, vedevasi la porzione inferiore della cornea e la sottoposta porzione di congiuntiva bulbare coperte dal tumoretto. Questo si mostrava apertamente se si abbassava d' alquanto la palpebra inferiore, la congiuntiva della quale appariva alcun poco iperemica. Il tumoretto messo così allo scoperto mo-

(1) Mingardi Domenico.

Digitized by Google

stravasi di figura irregolarmente circolare. La lunghezza dei suoi diametri oltrepassava di poco il centimetro; il suo colorito era di un giallo-roseo piuttosto debole; la superficie ne era irregolare, moriforme; la sua consistenza oltrepassava di poco la carnea; la sua mobilità era piuttosto limitata, specialmente in alto, nella parte corrispondente alla porzione inferiore della cornea. Quanto ai rapporti del tumore colle parti vicine, notavasi come esso di alquanti millimetri avesse varcato il lembo corneale, e si fosse avanzato perciò sulla porzione inferiore della cornea, cui era molto aderente, stando alla sua poca spostabilità in alto. In basso invece il tumore non appariva colla porzione inferiore della congiuntiva bulbare in istretto rapporto. La congiuntiva d'altronde in corrispondenza del tumore non mostrava alterazione di sorta.

Fattasi in genere la diagnosi di neoplasma, più che la determinazione della specie a cui il tumore si dovesse ascrivere, si ebbe in mira di stabilire la indicazione curativa, nè si esitò punto a conoscere necessaria la sua immediata asportazione. A tale partito conducevano diverse riflessioni, e cioè: la sollecita cura richiesta dall'infermo, che non avea domicilio in città; l'inutilità di altra cura ripetuta altre volte: (la cauterizzazione); la necessità infine di completamente togliere un neoplasma ad andamento alquanto sospetto, avuto riguardo al suo non molto lento vegetare, ed all'essere insorto con molta insistenza dopo l'azione ripetuta del caustico.

L'egregio signor Dott. Vincenzo Gotti direttore supplente della Clinica Oculistica in assenza del Prof. Francesco Magni, invitava l'infermo pel giorno 2 Gennaio alla operazione, e questi ripresentatosi in tal giorno, fu liberato dal tumore per mezzo del semplicissimo processo operatorio seguente:

Fatto sedere l'infermo, veniva affidato all'assistente, che stavagli di dietro, il divaricamento delle palpebre, onde potesse il tumore sì in alto che in basso essere liberamente dominato. La testa dell'operando trovava punto d'appoggio sul petto dell'assistente istesso. L'egregio operatore seduto di faccia al paziente afferrava il tumoretto per mezzo di una pinzetta dentata nella sua parte superiore, lo stirava verso di se, e con un piccolo bistorì panciuto, tenuto nella mano destra come una penna da scrivere, procedeva alla diligente dissezione del tumore stesso dalla parte inferiore della cornea, cui strettamente aderiva. Pochi tratti di bistorì bastavano a liberare il tumore tanto dagli attacchi corneali, quanto dalle aderenze che aveva col lembo congiuntivale, dopo di che veniva per intero asportato.

La superficie di sezione del bulbo, dopo l'asportazione, presentava la superficie della cornea a cui era aderente il tumoretto priva dello splendore naturale, superficialmente irregolare, ma trasparente in ogni suo punto. L'estremo lembo congiuntivale mostravasi leggermente ulcerato e sanguinante; la congiuntiva bulbare sottostante al tumore era soltanto un po' iniettata, ciò che confermava la mancanza di stretto rapporto fra la congiuntiva bulbare ed il tumoretto. La superficie di sezione del tumore mostrava una concavità corrispondente alla superficie convessa del bulbo, abbastanza regolare.

Il Dott. Gotti in vista delle leggere lesioni portate dall'atto operatorio credette inutile ogni medicatura, e prescrisse all'operato soltanto qualche bagno freddo locale. Il giorno dopo l'operato tornava all'Ambulatorio. L'occhio sinistro presentavasi pressochè normale in ogni sua parte: solo era alquanto rossa la parte di lembo congiuntivale nella quale il tumore aveva avuto aderenze, e la cornea conservavasi un po' meno splendente nella porzione periferica del segmento inferiore. In pochi giorni ogni traccia della fatta operazione scompariva, sicchè riesciva impossibile, per chi non conosceva l'operato, il determinare in quale dei due occhi l'atto operatorio avesse avuto luogo. Dopo circa un mese dall'operazione M. per l'ultima volta si faceva vedere al Dott. Gotti, che constatò con piacere l'ottimo effetto della cura fatta.

A completare la breve illustrazione del caso in discorso aggiungerò qui il referto gentilmente comunicato dall'Assistente e Supplente della Clinica chirurgica Sig. Dott. Domenico Severi, cui veniva affidato l'esame microscopico del tumore, che egli diagnosticò per un *papilloma*.

Giudica egli infatti rappresentare il tumore suddetto « *una produzione composta per la massima parte di cellule con scarsissima sostanza intercellulare, riunite come in altrettanti alveoli, separati gli uni dagli altri da pochissimo stroma. Le cellule sono granulose, con un grossissimo nucleo, molto grandi, ed hanno il carattere di epiteliali. Al primo esame gli sembrò di vedere un qualche vaso, anzi anse vascolari, ma non ne fu certissimo.* »

La presenza di tumori di diversa natura nati sul lembo corneale, e prolungatisi sulla cornea, non è fatto di assoluta rarità, ma pur sempre degno di nota. Il Prof. Magni per primo in Italia pubblicava nel 1864 una nota interessantissima nell'*Ebdomadario Clinico* di Bologna N. 80, sopra un *sarcoma* esteso a tutta la cornea, che lo costringeva all'amputazione del bulbo, e ricordava in tale occasione i casi analoghi pubblicati da Travers, da Cooper e da Wardrop. Nel 1868 il Sostituto Clinico Dott. Gotti riferiva nel fascicolo di Maggio della *Rivista Clinica* un caso di *epitelioma corneale*, che veniva perfettamente asportato dal Prof. Magni mediante diligentissima dissezione. Trovo poi nelle mie note di scuo-

Digitized by Google

la che il giorno 11 Gennaio dello scorso anno (1869) veniva presentata alla Clinica una donna affetta da *epitelioma*, corrispondente al lato esterno della cornea sinistra, di cui venne pur fatta la dissezione. Importa in tutti questi casi il tener conto di un fatto di molto rilievo, quale si è quello dei leggeri rapporti che i tumori di varia natura ed estensione assumono generalmente col tessuto corneale. Anche nel caso molto grave di sarcoma, operato dal Prof. Magni, i rapporti del tumore col tessuto corneale limitavansi agli strati superficiali (epitelio e membrana di Browman); cosicchè la sua dissezione fu facile, nè per i guasti leggeri della cornea sarebbe stata indicata la amputazione del bulbo. In quel caso erano invece da temersi gli stretti rapporti che il tumore avea contratto sì in alto che in basso colla congiuntiva bulbare, per i quali buona parte di questa veniva asportata col tumore, senza la possibilità di successiva autoplastica in mancanza di lembi sufficienti. Erano a temersi per ciò le più funeste conseguenze delle piaghe suppuranti in contiguità della cornea, quali: la cheratite flemmonosa, il flemmone consecutivo del bulbo, la coroidite simpatica dell'occhio sano ecc. ecc.

Negli altri casi invece quest'ultimo rapporto non era tale da far temere siffatte conseguenze, e la dissezione del tumore sulla cornea riesciva di facile esecuzione, ed aveva brillantissimo effetto. Nel caso da me riferito poi, fra tutti il più semplice, i rapporti del tumore col tessuto corneale si limitavano semplicemente allo strato epiteliale. Di ciò il caso clinico per se ne dà amplissima prova, giacchè nel secondo giorno dopo l'operazione era scomparsa ogni superficiale alterazione della cornea, nè la trasparenza di questa restava menomamente alterata. Una comprova di ciò si aveva poi dall'esame microscopico, pel quale non veniva fatto di trovare qualche elemento anatomico degli strati proprii della cornea, sottoposti all'epitelio superficiale.

Trova forse questo fatto anatomico una ragione fisiologica nel modo di nutrizione speciale della cornea per mezzo dell'umor acqueo? A sostenere tale ipotesi non mancherebbero al certo validi argomenti, e basterebbe fra gli altri il rammentare come sotto il rapporto della nutrizione, i tessuti propri della cornea restino affatto indipendenti dalle altre parti esterne dell'occhio. Solo il suo epitelio può essere considerato come una continuazione di quello della congiuntiva bulbare, ed è appunto su questo che il processo patologico iniziatosi al lembo congiuntivale si è fatto strada verso la cornea.

Merita per ultimo speciale considerazione la rarità anatomica del tumoretto suddescritto, relativamente alla località in cui si è mostrato, giacchè il *papilloma* se avrebbe trovato un terreno idioplastico nella porzione tarsea della congiuntiva, dove abbondano le papille, o nella reflessa ove non mancano; nella porzione bulbare invece, ed al lembo poi in ispecial modo, doveva trovare un terreno decisamente eteroplastico, giacchè la congiuntiva bulbare si distingue dalla tarsea e dalla reflessa per mancanza di papille e di glandule, e si avvicina alla struttura delle membrane sierose.

Con ciò resta giustificato anche il concetto di probabile malignità del tumore, che guidò già fin da principio alla sua asportazione; concetto che secondo le moderne vedute scientifiche ritrae il valore positivo massimo dal fatto della eteroplasia, la quale mancando, ogni altro argomento in proposito sarebbe considerato troppo insufficiente.

ALCUNI CASI D'ISTERISMO

STORIE E CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL

Dott. CLODOMIRO BONFIGLI

Medico Assistente alla Clinica Medica di Camerino

(Continuazione e fine, vedi il N. 1).

Parte Seconda.

I svariati sintomi, che abbiamo rinvenuti nelle nostro malate, poco appoggio ci possono prestare per farci decidere ad abbracciare questa o quell'altra ipotesi, fra le tante che sono state prodotte per spiegare la natura dell'isteria. Pur tuttavia portando la mente su di esse, ci sembra che quella accettata da Niemeyer, che cioè l'isterismo consista in un'alterazione indeterminata di tutto il sistema nervoso tanto centrale che periferico, e quella posta innanzi da Jaksch e propugnata dal Cantani, che fa consistere l'isterismo in una neuropatia periferica, siano per ora le teorie che più si accomodano per spiegare quel mosaico di sintomi, che forma il quadro di tale malattia. Diciamo che ambedue le teorie valgono sufficientemente a spiegare i sintomi dell'isterismo, poichè esse non differiscono essenzialmente fra di loro, se non in quanto al modo di riguardare certi sintomi in relazione all'insieme dello stato morboso, a cui si vuole dare quel nome. Infatti per Niemeyer, Hasse ed altri, l'isterismo viene qualificato per tutti i sintomi che si osservano ordinariamente in esso, di origine tanto centrale che periferica, mentre per Jaksch questi ultimi soli costituiscono veramente la malattia, e gli altri vengono riguardati come sintomi concomitanti ed originati da una diffusione centripeta del-

Digitized by Google

l'alterazione, che egli suppone incominciata nella periferia del sistema (1). Però il nessun ordine cronologico costante con cui si presentano i sintomi dell'isteria; e le cause occasionali di essa, che spesso vanno ad agire sui centri, in modo che questi ne risentono gli effetti prima delle parti periferiche, c'impediscono di attenerci esclusivamente al modo di vedere di Jaksch, e pertanto noi riguarderemo piuttosto l'isterismo come una nevrosi complessa, in cui senza ordine determinato, prendono parte le alterazioni degli organi nervosi centrali, quanto quelle dei nervi periferici. — Riguardo poi alla natura dell'alterazione, l'ipotesi più accettabile ne sembra quella di Jaksch, che la fa consistere in un cambiato rapporto elettro-motore delle combinazioni molecolari dei nervi; almeno più facilmente con essa, che con le altre, che si fanno consistere in una lesa nutrizione delle parti relative, può spiegarsi la rapida comparsa e scomparsa dei sintomi, e l'azione talvolta prontamente sanatrice di certi rimedi.

Molti autori ed in specie Landouzy (2), ammettono, che all'isterismo precedano quasi costantemente i sintomi *prodromici* dell'intera malattia, i quali sintomi fanno consistere nel così detto stato di debolezza irritabile degli autori. Nei nostri casi questo stato prodromico non si è verificato almeno in modo da poterlo ammettere decisamente; nei casi 2.° e 3°. la malattia ha esordito improvvisamente, in uno con disturbi nella sfera sensibile o motoria, e nell'altro con un accesso convulsivo; nel caso I.°, si è osservato l'insorgere graduale della malattia, ma male si potrebbe determinare il punto, in cui hanno cessato i prodromi, ed ha incominciato il vero isterismo. È poi impossibile il decidere, se lo stato prodromico di debolezza irritabile, si debba ad un eccitamento delle diramazioni nervose periferiche, ovvero a mutati rapporti di percezione dell'organo centrale; probabilmente si deve ad ambedue i motivi, di cui ora predomini l'uno ed ora l'altro, senza potersi sicuramente decidere quale sia il primario (3).

I *sintomi* che caratterizzano la malattia, possono dividersi in tre grandi gruppi, cioè: 1) in quelli che si riferiscono alla sensitività; 2) in quelli, che si osservano nel distretto dei nervi motori, e 3) in quelli che riguardano le funzioni intellettuali. I due primi gruppi comprendono naturalmente anche i sintomi che si osservano nel dominio del simpatico, poichè anche essi si riducono a disturbi di senso e di moto.

Fra i sintomi che si riferiscono *ai nervi sensibili*, tutti si accordano a riconoscere fra i più frequenti i *dolori:* questi possono essere 1.° corrispondenti a dati distretti nervosi simili alle nevralgie; 2.° parenchimatosi, ovvero su parti del corpo e su certi organi, simili ai dolori da infiammazione, e 3.° con limitazione accidentale, fissa o variabile, circoscritta od estesa. In tutte e tre le nostre malate avemmo occasione di osservare dolori di forma nevralgica, ed anzi in tutte si riscontrò la forma più frequente di essi cioè la nevralgia intercostale. L'ischialgia si era verificata antecedentemente nel 1.° caso, ma non essendo in quel tempo sotto la nostra osservazione, è difficile il decidere se fosse una nevralgia isterica, ovvero una nevralgia, sorta per cause comuni: però, l'essersi presentata dopo la comparsa della menstruazione, epoca che segnala il principio dei tanti mali, che afflissero in seguito l'inferma, la sua breve durata, e la mancanza di altre cause occasionali, fanno ritenere piuttosto, che si trattasse già di nevralgia isterica. — È a notare, che le nevralgie nell'isterismo il più delle volte si associano a sintomi di paralisi di senso; ciò forse potrebbe armonizzare con l'opinione messa innanzi recentemente dal Woakes, secondo cui le nevralgie sarebbero prodotte da un trasudamento sieroso fra le fibrille nervee, operatosi per paralisi delle fibre del simpatico, che innervano la tunica delle piccole arterie nutritizie del nervo. Ammettendo l'origine periferica di certe paralisi, non sarebbe cosa strana, che la stessa causa avesse prodotto contemporaneamente la paralisi delle diramazioni dei nervi sensitivi, e delle fibre del simpatico; presta appoggio a tale idea, il fatto che spesso si verifica la nevralgia dove nell'istesso tempo esiste anodinia cutanea, come è avvenuto nei nostri casi, ed in molti di Jaksch ed altri. — In tutte le nostre inferme si riscontrò pure il dolore di capo e del dorso; il dolore di capo ha avuto il carattere ora di emicrania, ora di chiodo, ed ora di uovo isterico. L'emicrania, sintoma tanto frequente nell'isterismo, che Amann (1) ne stabilisce il rapporto da 77 a 82 %, si osservo nei casi 1.° e 2.° ad intervalli; il chiodo isterico fu pure notato nei casi 1.° e 2.° al vertice del capo: e nel caso 3.° su punti variabili, ma preferentemente sulle tempia. Ciò concorda con le osservazioni, di Valentiner (2), e con

(1) Jaksch. — Ueber peripher. Nervenkrankheiten ecc. 1862.

(2) Landouzy. — Traité complet de l'hystérie. Paris 1846.

(3) Hasse. — Krankheiten des Nervenapparates. Abth. I.

(1) Amann. — Ueber den Einfluss der weiblichen Geschlechtkrankheiten auf der Nervensystem, mit besonder Berücksichtigung des Wesen und der Erscheinungen der Hysterie. *Erlangen* 1868 (*Schmidt's Jahrbüch. Bd.* 144. 1869).

(2) Valentiner. — Die Hyster. und ihre Heilung. *Erlangen* 1852.

Digitized by Google

quelle di Hasse, secondo cui il chiodo isterico si rinverrebbe il più spesso lungo la sutura sagittale, più raramente nelle parti anteriori e laterali del capo, e mai posteriormente. In un caso, che ho di recente osservato nella mia pratica privata, insieme al chiodo isterico esistente da lungo tempo, ho notata anche la caduta dei capelli in corrispondenza del punto doloroso, avvertita più volte anche dall'Hasse. L'*ovum hystericum* caratterizzato da una sensazione molesta di freddo al vertice del capo, si è osservato solamente nel caso 3.°, e raramente abbiamo avuto occasione di riscontrarlo anche in altre malate d'isterismo. Sembra però, che altri osservatori vi si siano imbattuti molto più di frequente, talchè Schomberg nei suoi aforismi lo dette quasi per segno patognomonico « Mulieres hystericae frigore in » vertice capitis pati solent, estque hoc praecipuum Histeriae diagnosticon » (1). — I dolori al dorso in tutte le nostre malate erano spontanei, nè si esacerbavano con la pressione esercitata sulla colonna vertebrale; anzi nel caso 1.° era più somigliante ad un prudore molesto, che a vero dolore. In tutte fu uno dei sintomi primi a presentarsi, di modo che anche i casi nostri rendono ragione a quanto diceva Sydenham « inter omnia vero hujus morbi tormenta, nullum » se tam crebro ingerit quam dolor in dorso » (2). — Il dolore all'epigastrio, non mancò pure in alcuna delle inferme di cui abbiamo tessuta la storia: nel 1.° caso fu il sintoma quasi più notevole e costante, nel 2.° si presentò ad intervalli, e nel 3.° seguitò ad esistere anche dopo la scomparsa di tutti gli altri sintomi. In tutte era indipendente dall'ingestione di cibi, bevande ecc., ed anzi nella prima malata non lo aumentarono neanche le sostanze medicamentose irritanti, il che sarebbe certamente avvenuto qualora fosse esso dipeso da un'alterazione viscerale. — La nevralgia delle mammelle rinvenuta molto frequentemente da Hasse, non cadde mai sotto la nostra osservazione. — I dolori nelle articolazioni, (artropatia isterica), segnalati da B. Brodie (3), il quale dice che in Inghilterra formano $\frac{1}{5}$ di tutte le affezioni articolari, furono accusati, principalmente nel ginocchio destro, dalla malata del secondo caso; in essa però, non si rinvenne l'infiltramento del tessuto connettivo sotto-cutaneo, tale da simulare un'infiammazione, e nè anche furono tanto vivi i dolori da potersi paragonare ai casi di Mayo e di Brendio, in cui il primo fece per due volte l'amputazione, ed il secondo dovette ricusarsi dal farla, mentre gli veniva urgentemente richiesta dalla malata. — Dolori da simulare una pleurite, pericardite ecc. si rinvennero nella seconda malata; in cui nell'esordire della malattia eranvi criteri bastanti per far credere ad una pericardite, prescindendo da un rigoroso esame obbiettivo, e nella terza, in cui realmente un medico, che non sa di esame fisico dei malati, andò diretto alla diagnosi di pleuro-pneumonite.

L'*iperestesia* dei nervi dei sensi, non è stata osservata in alcuna delle nostre inferme, e perciò sino a che fatti rigorosamente esaminati, non accertino la probabilità di tanti altri che sono stati narrati, noi riterremo con Hasse, che è almeno molto questionabile, se realmente siano esistiti tali casi, o se piuttosto non sia stata ingannata la buona fede dei medici dalla simulazione dei malati. Intendiamo dire dei fenomeni di chiaroveggenza in camere oscure, della facoltà di discernere un granellino di sale nella zuppa, di udire camminare sui tappeti in un punto molto distante dell'appartamento ecc. Un'altra specie d'iperestesia, che consiste in un'impressione spiacevole prodotta da eccitamenti ordinari, si rinvenne appena nella malata N. 1 da cui, certi sapori usuali portati a contatto del palato, venivano percepiti come sapori straordinari e disgustosi; ciò forse però più che a vera iperestesia del gusto, poteva anche riferirsi a pervertimento di questo senso, cosa che del resto è stata notata da molti osservatori nel corso dell'isterismo. — Le sensazioni istintive, che da molte isteriche vengono pure percepite aumentate, come il bisogno di respirare, la sete, il bisogno di escrezioni ecc., furono osservate raramente come tali, e quando si riscontrarono erano in dipendenza da altri sintomi, come il bisogno di respirare, dal globo isterico, la sete dal prosciugamento delle fauci causato dall'affanno ecc. Nessuna delle nostre malate, mostrò pure un aumentato incitamento al coito, il che concorda anche con quanto fu osservato in numerosi casi da Amann. — L'iperestesia della cute, si rinvenne nella Grimaldi, da principio sulla parte destra del corpo, ed una volta su tutta la superficie di esso: nella 2.ª malata fu pure trovata a destra, ma solo durante gli accessi convulsivi. Essa per lo più consiste nella maggiore eccitabilità delle fibre centripete.

Il fenomeno più notevole, che però si possa riscontrare nel distretto dei nervi sensibili, e che noi trovammo in tutte e tre le nostre malate, è l'anodinia e l'anestesia della cute. Gendrin e Szokalski, furono i primi che portarono l'attenzione dei medici su tale sintoma, ed anzi il primo volle farlo patognomonico dell'isterismo. Però il Prof. Jaksch è quello cui spetta il merito di avere per primo studiato profondamente un tale fenomeno, che pose quindi a base della sua bella dottrina delle nevrosi periferiche; se-

(1) Schomberg. — Aphorismi practici ecc. *Patavii* 1714.

(2) Thom. Sydenham. — Op. omnia. *Patavii* 1755.

(3) Brodie. — Lectur. illustr. of certain loc. nervous affect. *London*.

Digitized by Google

condo esso l'anodinia e l'anestesia della cute, dei muscoli ecc. associate in diverse proporzioni formano una malattia ex se, a cui secondo gli stadi morbosi che vi si uniscono, corrispondono le antiche denominazioni d'isterismo, catalessi, corea maggiore ecc. Benchè noi non possiamo assentire alle vedute di Jaksch, di riguardare cioè l'anodinia come malattia semplice, e l'isterismo come una specie di combinazione di questo stato morboso, per le ragioni che adducemmo di sopra, pure dovendo parlare dell'anodinia e dell'anestesia, non possiamo fare a meno di non raccogliere in alcuni punti, alcuni teoremi stabiliti dal Jaksch nella sua memoria, per quindi porli a raffronto con quanto noi abbiamo osservato in proposito.

1.° L'anodinia e l'anestesia possono essere complete ed incomplete; la prima può osservarsi indipendentemente dalla seconda, ma la seconda va sempre congiunta alla prima. Nel primo caso noi notammo la coesistenza di ambedue questi fenomeni, ed anzi in modo completo, eccetto che negli ultimi giorni, nei quali ritornò l'anodinia senza l'anestesia; la seconda malata insieme all'anodinia offrì anestesia incompleta, mentre essendo in qualche punto abolita la sensibilità di contatto, erano rimaste conservate quelle di temperatura e di ubicazione. Nel 3.° caso poi insieme all'anodinia, si trovò abolita la sensibilità termica, e conservate quelle di contatto e di comprensione.

2.° L'anodinia cutanea e l'anestesia non si riporta sul tragitto di nervi determinati, ma sempre vengono limitate da linee che attraversano il tragitto di molti in modo che le ultime diramazioni di un medesimo nervo, sono sensibili al di fuori di queste linee, ed affatto insensibili al di dentro. — Questo fatto, su cui Jaksch basa principalmente la natura affatto periferica della nevropatia in discorso, fu riscontrato in modo veramente notevole in tutti i casi che prendemmo ad esaminare. Le figure anodine, come risulta dai diversi esami registrati nelle storie delle inferme, erano disposte tanto capricciosamente, da non poterle certamente riferire all'alterazione di alcun tronco o ganglio nervoso, e tanto meno ad un'alterazione dei centri; le linee che limitavano l'anodinia e l'anestesia cutanea, furono potute tracciare così rigorosamente, che non vi era modo da poterle fare corrispondere con confini sempre irregolari della rete nervosa, derivante da un dato nervo sia spinale, sia cerebrale. Ciò sta anche contro l'opinione del Cantani, che crede l'anodinia risultare talvolta da un'alterazione limitata ai soli gangli periferici, poichè, come egli stesso avverte in un altro passo, le linee matematiche che limitano le figure anodine, nè anche potrebbero porsi in rapporto con un dato distretto ganglionare. Il Cantani a sostegno di questa sua opinione allega il fatto, che talora la puntura di uno spillo sulle parti anodine, è capace di suscitare movimenti reflessi nei muscoli circonvicini; egli crede, che in tali casi sia normale la eccitabilità e conducibilità delle fibre sensitive periferiche, che l'eccitamento venga propagato sino al ganglio, e che questi essendo alterato ne arresti la direzione centripeta, o lo devii nel senso della centrifuga, cioè lungo le fibre motorie. Però, oltre che il potere reflettivo dei gangli, ammesso già da lungo tempo dal Prochaska e da Grainger, in oggi vien quasi da tutti negato dopo le esperienze di Volkmann, Longet e le più recenti di Schiff, rimane sempre, per spiegare il fatto dei movimenti reflessi dietro eccitazione delle parti anodine, la immunità di cui possono godere in quei punti le fibre sensitive dei corpuscoli tattili, le quali mentre non sono capaci di trasmettere la sensazione di dolore, possono bensì trasmettere quella di contatto, e così provocare movimenti reflessi, specialmente qualora per causa della malattia, sia accresciuta la forza eccito-motrice della midolla (1). L'opinione del Cantani potrebbe forse essere accettata, quando si fossero constatati moti reflessi dietro l'eccitazioni di parti completamente *anodine* ed *anestetiche*, e limitate da confini sfumati. Del resto nelle nostre malate non si verificarono mai moti reflessi eccitando le parti anodine, il che ci pone intorno a ciò fuori di questione, e ci permette di riguardare l'anodinia, come un'alterazione delle estremità terminali delle diramazioni nervose relative.

3.° Con l'anodinia e l'anestesia cutanea è ordinariamente unita l'anodinia elettro-muscolare. — Ciò potemmo confermare completamente esaminando le nostre inferme, nelle quali tutte si trovò più o meno abolita la sensibilità elettro-muscolare. Su tale proposito non si saprebbe come spiegare il fatto verificatosi replicatamente nel nostro secondo caso, in cui la elettrizzazione dei muscoli della parte sinistra della faccia, veniva percepita come molesta sulla parte destra corrispondente; chi sa, che non possano realmente originarsi in certi casi le sensazioni reflesse, che sin qui sono state sempre escluse a priori. — L'anodinia elettro-muscolare quasi sempre riscontrasi nelle parti dove esiste l'anodinia cutanea, come abbiamo veduto nei nostri casi; solo raramente essa si presenta con normale sensibilità della cute (Jaksch). Insieme all'anodinia cutanea, si può trovare anche la mancanza della contrattilità elettro-muscolare, e noi in tutti i casi l'abbiamo osservata più o meno completa. Su tale rapporto è notevole, che mentre alcuni muscoli avevano conservata la loro contrattilità, altri innervati dalla

(1) *Confronta* Jaccoud, Études de pathogénie et de sémeiotique ecc. *Paris* 1864.

Digitized by Google

stessa sorgente l'avevano perduta; nella prima malata, lo sterno-cleido-mastoideo sinistro contraevasi molto bene sotto lo stimolo elettrico, mentre il cucullare restava completamente inerte. Ciò fa vedere come anche tali anomalie dipendano da alterazioni periferiche, ed in ispecie delle ultime diramazioni. Colla perduta contrattilità elettromuscolare può essere conservata la contrattilità volontaria, come la vedemmo conservata nel nostro primo caso, il che dimostra, come avverte Jaksch, che la volontà e la corrente elettrica, si contengono diversamente nella loro qualifica di eccitanti la contrazione muscolare.

4.° Quando l'anodinia è molto estesa, vi partecipano anche le mucose accessibili all'osservazione, e che trovansi in mezzo ai distretti anodini. — Nei casi 1.° e 2.° fu notato questo fatto in modo completo, per le mucose del naso, bocca, occhi, fauci, vagina, uretra ecc. L'anodinia delle mucose in questi casi era limitata alla parte sinistra del corpo, cioè alla parte in cui si trovava l'anodinia cutanea. — I sensi del gusto, dell'odorato, ed in parte anche quello dell'udito, erano contemporaneamente anestetici sulle parti anodine delle mucose relative. — Nel 3.° caso le mucose non erano anodine in alcun punto, ma però era anche in esso abolito il senso del gusto sui due terzi anteriori della lingua, e di più, era diminuita la facoltà di vedere gli oggetti vicini. Tali fonomeni peraltro, non erano forse da attribuirsi in questo caso ad anestesia, o paralisi dei relativi nervi specifici, linguale ed ottico, ma probabilmente si dovevano ad un' erezione spasmodica abnorme delle papille dei due terzi anteriori della lingua, innervate dalla corda del timpano (Bernard), ed a spasmo dei muscoli ciliari, che appianando la convessità del cristallino, rendevano più difficile la percezione degli oggetti vicini: infatti difficilmente sapremmo comprendere una paralisi del nervo ottico, che impedisse di vedere gli oggetti vicini e permettesse di discernere i lontani; come anche ci sembra più probabile, che la perdita del gusto anzichè a paralisi del linguale, si dovesse ad uno spasmo nel recinto delle diramazioni del facciale da cui deriva la corda del timpano, perchè anche i muscoli della faccia vivamente contratti ne facevano propendere per quest'ultima opinione, e perchè era conservata su tutta la lingua tanto la sensibilità tattile che la dolorifera. La causa di questi spasmi si potrebbe poi trovare nei moti riflessi suscitati dal chiodo isterico ecc.

5.° Spesso vi ha uno scambio nei distretti anodini, cioè un punto prima anodino diventa sensibile e viceversa. — Ciò vedemmo nella Grimaldi, ma però su piccola estensione.

6.° L'anodinia può presentarsi e svanire repentinamente, come anche può venire a gradi, e cessare nello stesso modo. La sua durata non ha limiti. — Nei casi 1.° e 2.° noi prendemmo ad esaminare la sensibilità quando questa era già lesa, e quindi non sappiamo se all'anodinia completa di certe parti, avesse preceduta una incompleta. Però vedemmo nel 1.° caso svanire repentinamente l'anodinia e l'anestesia per qualche giorno (dal 28 Settembre al 5 Ottobre), e quindi ritornare gradatamente ed incomplete: nel 2.° caso, ponendo mente all'anamnesi, vi è luogo a credere, che l'anodinia venisse repentinamente, e forse dopo il primo accesso convulsivo: nella terza malata poi, l'anodinia si dovette presentare pure con l'accesso, e la vedemmo sparire, per una parte gradatamente, e pel resto repentinamente sotto l'uso della corrente indotta. — La durata dell'anodinia, che talvolta può essere quella dell'isterismo, è stata ben lunga nei primi casi, brevissima nell'ultimo. Jaksch ha veduti due isteriche, in cui ha durato, in una 12 e nell'altra 17 anni; ed in un caso riferito ultimamente da Guttmann (1) dura da 5 anni, e la malata si trova ancora nel medesimo stato.

L'anodinia cutanea, questo disordine così notevole nel recinto della sfera sensibile, è realmente comunissima nell'isterismo, ed io credo, che se tutte le isteriche si esaminassero con lo spillo, pressochè in tutte si riscontrerebbe qualche punto anodino: è solo notevole ed inesplicabile, come l'anodinia prenda per lo più la parte sinistra del corpo (Briquet, Guttmann). Nella nostra terza malata, la disposizione dell'anodinia, nella prima visita, era singolarissima, nè è a mia cognizione alcun caso di simil genere, in cui fosse esattamente limitata da una linea, che divida il corpo in una sezione anteriore ed in una posteriore. Questo fatto, mi sembra che meglio di ogni altro, possa valere a far conoscere la sede periferica di questo sintoma dell'isterismo, giacchè sarebbe inconcepibile l'anodinia da causa centrale nel termine di certi nervi spinali, che sono del resto sensibili nei punti più vicini al centro.

Se come abbiamo veduto finora, sono molto frequenti nell'isterismo i sintomi pertinenti ai nervi sensitivi, non lo sono pur meno quelli che si osservano nel distretto dei *nervi motori*.

I *movimenti volontari* sono spesso inalterati, però col progredire della malattia, si osserva in genere una tendenza alla pigrizia ed una ripugnanza ai movimenti. I malati stanno sempre sul letto o sul sofà, non si vestono, non si puliscono, si fanno imboccare ecc., però, volendo, possono fare ogni movimento (Hasse). Ciò è stato da noi veduto nella prima malata, la quale non ostante che potesse compiere sul letto qualunque movimento, ricusò sempre di alzarsi, ed anzi in un tempo in cui la sua nutrizione non era affatto scaduta, e quando non era ancora insorta alcuna

(1) *Berlin. Klinische Wochenschrift*, 1869. N. 28 e 29.

Digitized by Google

grave complicanza. Nel 3.° caso male sapremmo decidere, se la impossibilità, accusata per qualche giorno dall'inferma, di reggersi in piedi, si dovesse alla malattia, o non piuttosto al trattamento debilitante a cui era stata assoggettata, prima che io ne intraprendessi la cura. — In mezzo a questa inattività volontaria, sono però molto frequenti i *movimenti convulsivi* in tutto l'apparato muscolare. Essi possono presentarsi con le più differenti gradazioni, dal semplice brivido e tremore, sino alle convulsioni tetaniche, ed alla rigidità cataletica: spesso sono prodotti da contatti inaspettati sulla pelle, dalla presentazione di una qualche persona, da emozioni psichiche ecc.

Alla produzione di questi movimenti convulsivi, partecipa necessariamente anche il sistema centrale, giacchè non sapremmo spiegarli con Cantani, ricorrendo al potere reflettivo dei gangli, che si sono tolti dall'influsso del cervello, perchè ammettendo anche questo modo di origine dei moti reflessi, riescirebbe ciò concepibile nel caso di certe irritazioni periferiche, che non hanno bisogno di esser percepite, per produrre i moti reflessi, ma non già nel caso in cui i moti convulsivi vengono prodotti da emozioni psichiche, cioè da sensazioni, che partite dalla periferia sono giunte sino al centro di percezione in tutta la loro totalità e talvolta anche riafforzate, il che dimostra, che nessun ganglio rivoluzionario stava intromesso ad impedire il passaggio. — Nella malata del 2.° caso osservammo più volte i movimenti convulsivi generali, durante i parosismi, ed in quella del 3.° il tremore convulso aveva tenuto dietro all'emozione morale, ed aveva dato principio all'accesso. — Le *contratture toniche*, che molti osservatori dicono aver vedute nell'isterismo distribuite anche su gruppi muscolari, o muscoli isolati, non furono notate in alcuno dei nostri casi, poichè crediamo che la contrattura del braccio sinistro, che offriva la seconda malata, si dovesse piuttosto al fonticolo che le era stato applicato vicino al tendine del bicipite, anzichè alla affezione isterica. — Oltre alle convulsioni generali si osservano nell'isterismo, anche alterazioni di movimento nei muscoli di alcuni organi. La convulsione dei muscoli che servono ai moti respiratori, produce talvolta *l'apnoea uterina*, che noi mai abbiamo osservata, e più spesso *l'asma isterico*, che trovammo in alto grado nella terza malata, che pel numero delle respirazioni, si avvicinò a quella fanciulla isterica che si trovava nel turno di Andral, in cui si contarono per ogni minuto 64 atti respiratori (1); *la tosse isterica*, *il singhiozzo* ecc. sintomi pure tanto frequenti nell'isterismo, si devono medesimamente a convulsioni di diversi muscoli respiratori. — Lo *spasmo della glottide*, che talvolta produce sintomi di vero soffocamento, fu riscontrato solo nella terza malata: esso è sintoma abbastanza raro (Hasse), ma però può talora presentarsi anche quando mancano moltissimi sintomi fra i più comuni dell'isterismo, come ho veduto avvenire più volte nella signora di un mio amico. Dubois, Guison e L. Meyer, narrano casi letali d'isterismo, in cui la morte avvenne unicamente per la presenza di questo sintoma (1). — Hasse in un caso, si è potuto convincere che anche *l'afonia isterica* può derivare da convulsione tonica dei muscoli del laringe: però l'afonia che abbiamo avuto occasione di osservare nella nostra prima malata, ed in qualche altra isterica, ci sembra che possa essere stata sempre in nesso con una paralisi dei muscoli innervati dal laringeo superiore, e quindi con mancante tensione delle corde vocali. Questa nostra opinione è appoggiata al fatto, che nei suddetti casi di afonia isterica, si poteva far riacquistare alla voce il timbro normale, col tendere artificialmente le corde vocali, mercè una pressione esercitata sui lati del laringe.

I movimenti convulsivi osservansi anche più frequentemente nel campo degli organi della digestione. — Il *globo isterico*, sintoma direi quasi patognomonico dell'isterismo, consiste in contrazioni spasmodiche dell'apparato muscolare, ora del solo esofago, ed ora di tutto il tubo digestivo. Nel primo caso, produce come la sensazione di una palla che salisca dall'epigastrio sino all'istmo delle fauci, e nel secondo caso sembra che quel corpo salisca sino allo stesso punto, partendosi dalla parte più bassa del ventre. Questa sensazione subbiettiva ottimamente descritta da tutte le inferme, fu la causa per cui gli antichissimi medici, sino a Galeno, ritennero, che l'utero fosse quello che si prendeva lo spasso di emigrare dal suo posto ordinario, per andarsi a portare nella gola, e qualche volta anche sin dentro alla testa. Il bolo isterico, non mancò in alcuna delle nostre ammalate, però in nessuna potemmo riscontrare il fenomeno della contrazione inversa, mercè cui si prova la sensazione, come di ridiscesa del globo. Nei casi 1.° e 3.° il globo isterico veniva accompagnato da rigurgito dei cibi e da eruttazioni. Si dice che questo sintoma sia più frequente durante e dopo il pasto (Hasse), ma noi non abbiamo

(1) Delaberge, Monneret ecc. Comp. di Med. pratic. *Artic. Isteria.*

(1) In un caso d'isterismo riferito da Werner *(Schmidt's Iahrbüch ecc. N. 1, 1868)*, ed in cui fu dovuta fare per due volte la tracheotomia, probabilmente trattavasi pure di spasmo della glottide, anzichè di paralisi, come afferma l'autore, poichè durante l'accesso, il respiro diveniva più facile solo mentre la malata dormiva, il che conciliasi assai meglio con lo spasmo, che con la paralisi, in cui male si comprenderebbe l'influenza favorevole del sonno.

Digitized by Google

osservato alcunche di simile. — Talora le contrazioni muscolari possono anche invadere i costrittori del faringe, ed allora si ha quel sintoma che suole denominarsi *faringismo:* questo si appalesa diversamente, secondo che viene attaccato il costrittore superiore, medio, od inferiore. La contrazione spasmodica del costrittore inferiore, è però forse quella che dà luogo a disturbi più notevoli, in quanto che oltre al produrre la disfagia di cui parleremo più sotto, al pari di quella degli omonimi superiore e medio, può anche produrre sintomi di soffocamento, come ho veduto avvenire in un caso, in vista degli attacchi di quel muscolo sul laringe. Contraendosi esso violentemente, è ben naturale che debba trarre indietro il laringe, spingerlo con forza verso la parete posteriore del faringe, e così impedire il libero ingresso dell'aria per l'apertura della glottide. — Anche la *disfagia* è sintoma frequente nell'isterismo: rapporto ad essa si osservano spesso fenomeni molto curiosi; ad esempio riesce impossibile la deglutizione se la malata non viene posta all'oscuro, se non viene allontanata una data persona ecc.; quasi si potrebbe assomigliare a quel fenomeno comune in molti, per cui una contrazione spastica dello sfinctere della vescica impedisce l'orinare in presenza di altre persone. Hasse ha conosciuta una isterica, che non poteva mangiare se vi erano altre persone al di fuori di una certa fantesca, ed una signora di Arezzo, la cui storia mi fu narrata dal Prof. Federici, non potè inghiottire alcun cibo, finchè i medici di colà non pensarono ad applicare, ad ogni pasto, gli elettrodi di un apparecchio d'induzione, sotto ciascun angolo della mascella inferiore. Le nostre malate, ad eccezione della 3.ª non presentarono mai simile fenomeno, e nella 3.ª stessa la difficoltà di deglutire più che a vera disfagia, dovevasi alla contrazione esofagea che produceva il globo isterico. — I *vomiti abituali*, i movimenti intestinali, e la chiusura spasmodica dell'ano, sono i più comuni fra gli altri sintomi spettanti ad alterazione di moto nel tubo digestivo. Circa i vomiti abituali, un esempio magnifico è quello porto dalla nostra prima malata, a cui si assomigliano molto anche i due casi narrati di recente da Hyde Salter (1), nei quali, parimenti senza che vi fosse malattia dello stomaco, veniva reietto tutto quanto veniva ingerito, ed esisteva contemporaneamente costipazione ostinata dell'alvo (2).

(1) Iahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Gesammten Medicin. 1869, Bd. 2, 1, Abth.

(2) Il chiarissimo Prof. Concato ne narrava pure di alcuni casi di vomito isterico, ostinato, caduti sotto la sua osservazione, nei quali non si riscontrò parimenti alcuna alterazione dello stomaco. In uno di questi casi, terminato con la morte per una malattia intercorrente, la sezione confermò la integrità dell'apparecchio digestivo.

La contrazione spasmodica dei condotti escretivi interni, è cosa molto dubbia, e benchè si sia parlato di una *itterizia isterica*, pure mancano osservazioni precise, che bastino a porla fuori di dubbio. — La contrazione dei muscoli che chiudono la vescica è cosa molto più frequente, benchè Amann la riguardi come un fatto molto raro. Nella *Grimaldi* dovevasi probabilmente a ciò la impossibilità che trovava qualche giorno ad orinare, poichè la sensibilità della vescica verso l'orina in essa raccolta, non faceva molto propendere per una paresi vescicale, che sarebbe stata limitata alle sole fibre motrici, cosa del resto rarissima ad avverarsi quando si tratta di paralisi periferiche.

La contrazione spastica delle fibre muscolari organiche delle glandole cutanee, si osserva pure spesso nell'isterismo, e si manifesta con la così detta *pelle anserina*. Noi avemmo occasione di vederla nella gamba della 3.ª malata, e qualche volta anche nelle altre: però rimane sempre a decidersi, se essa si doveva alla malattia, ovvero all'eccitazione prodotta dal freddo su parti che si trovavano prima coperte.

Nei casi che abbiamo narrati, non si rinvennero le pulsazioni epigastriche, i rumori sistolici ecc. soliti a verificarsi in molte malate d'isterismo: ciò però dipende da che nessuna delle nostre malate infermò in seguito a clorosi, al quale ultimo stato morboso, si deve piuttosto la presentazione di simili fenomeni. — Quasi tutti gli autori si accordano a notare la poca parte che prende il cuore ai moti convulsivi, da cui sono presi gli altri apparecchi muscolari nell'isterismo, e dicono che in questa malattia il polso rimane quasi sempre normale. A questa regola fa però eccezione quanto osservammo nella prima e terza malata, nelle quali le pulsazioni raggiunsero una cifra assai elevata. All'incontro, tutti riconoscono per molto frequente l'alterazione nei rapporti dei piccoli vasi. Alla contrazione spastica di essi, ed alla paralisi che ne segue, si sono riferite da molti le vampe di calore, il freddo, le alterate secrezioni ecc., che sogliono verificarsi negli affetti da malattia isterica (1). In tali casi però credo, che le contrazioni dei vasi non sempre possano attenersi a spasmo dei nervi che procurano l'attività delle fibre costrittrici dei vasi, ma anche a paralisi dei nervi dilatatori, illustrati da Schiff, e consecutiva raddoppiata attività degli antagonisti, cioè dei costrittori. Forse le sensazioni subbiettive ed obbiettive di freddo, che riscontransi spesso nelle isteriche, limitate ad alcune parti del corpo, dipendono da paralisi dei dila-

(1) Alla stessa causa deve pure riferirsi quello stato che il Trousseau chiama febbre isterica (Trousseau et Pidoux *traité de térapeutique* ecc. *Paris* 1862.

Digitized by Google

tatori, quando si osservano contemporaneamente altri sintomi di paralisi, come nei nostri casi, e da spasmo dei costrittori, quando predominano su altri organi i segni di spasmo. Un esempio del primo genere, lo troviamo nei casi 1.° e 2.° in cui l'applicazione dell'elettricità produceva tanto subito l'arrossamento della cute da non poter far credere al subitaneo esaurimento dei costrittori, ed un esempio del secondo genere lo potei osservare in una signora isterica, in cui prevalevano i sintomi di aumento di eccitamento, e che talora diventava fredda in tutta la metà *sinistra* del corpo. — Fra le alterate secrezioni, che, come abbiamo detto, sono in gran parte da riferirsi ai mutati rapporti dei vasi contrattili, primeggia ordinariamente nelle isteriche quella dell'orina. Per lo più innanzi al parosismo, e quando questi mancano, le orine sono poco alterate fisicamente e chimicamente; dopo il parosismo si osservano però frequentemente orine chiare ed acquose. Reynoso dice che l'orina dopo il parosismo contiene alquanto zucchero, ma noi con le note reazioni del Trommer e del Bareswill, non ne rinvenimmo mai la menoma traccia. — I sudori profusi notati da qualche osservatore, non furono mai avvertiti nelle nostre inferme, come anche in nessuna di esse si potette riscontrare la salivazione isterica, notata una volta da Mitscherlich: circa la salivazione, è però da avvertire che essa può essere anche apparente, cioè prodotta dalla disfagia, per cui venga impedita la deglutizione della saliva.

Un fenomeno molto notevole nell'isterismo, è pure il grande accumulo di gas nello stomaco e negli intestini: noi avemmo occasione di osservarlo più volte nella prima malata. La causa di esso viene riposta dall'Hasse in una secrezione intestinale, ovvero in una rapida decomposizione delle materie contenute negli intestini per influenza nervosa. Spesse volte esso può sparire senza flati nè eruttazioni, ed allora è d'uopo credere che sia avvenuto un riassorbimento. Nella spiegazione di questo fenomeno, noi ci associamo all'opinione dell'Hasse, molto più che non ci sembrano soddisfacenti, quelle messe in mostra dal Magendie e dal Valentiner. Il primo infatti, lo riferisce all'aria deglutita, fatto che in molti casi può escludersi decisamente, ed il secondo a paralisi delle pareti intestinali, contro cui stanno però i continui gorgogli che si odono nel ventre tumefatto, e di più la repentina comparsa e scomparsa del sintoma. — All'alterata attività secretiva, possono talvolta pure riferirsi molti sconcerti della digestione stomacale: fra questi voglionsi annoverare l'avversità a certi cibi, la propensione per altri, la fame canina e l'anoressia completa. Alcuni malati mangiano tanto poco, da non potersi comprendere come possano seguitare a vivere. Su ciò avverte però l'Hasse, che bisogna andar bene guardinghi per non essere ingannati. — La costipazione di ventre per un tempo straordinariamente lungo, può essere pure cagionata da alterata attività secretiva degli intestini: un esempio di ciò lo vedemmo nella prima malata; però ivi era difficile il decidere, se si dovesse a paralisi delle fibre muscolari dell'intestino, ovvero ad alterata secrezione. — La mucosa utero-vaginale, offre pure spesso un'anomalia di secrezione, che si esprime con la leucorrea: Georget l'ha osservata in tutti i casi, mentre Landouzy ed Hasse l'hanno rinvenuta soltanto quando eravi contemporaneamente un'irritazione dei genitali interni (1). Noi la trovammo tutte e tre le volte: in due casi (1.° e 3.°) eravi iperestesia del collo dell'utero, e nel 2.° in cui fu praticata l'esplorazione con lo speculum, la mucosa della vagina ne apparve di aspetto normale, ma però lo scolo di muco si vedeva derivare dalla bocca dell'utero, la cui mucosa era inaccessibile all'esame. Pertanto non sapremmo decidere, se la leucorrea fosse nei nostri casi soltanto un vizio di secrezione dipendente da influenza nervosa, o non piuttosto l'effetto di una malattia organica, che potrebbe stare in nesso totalmente inverso con la malattia isterica: le lesioni anatomiche rinvenute nell'utero e nelle trombe della *Grimaldi*, ci fanno propendere a credere, che anche nella mucosa vaginale, esistessero alterazioni tali da far dare alla leucorrea quest'ultimo significato.

Fra i sintomi che si osservano nel distretto dei nervi motori, i più notevoli sono però le *paralisi*. Esse possono venire in scena gradatamente ed anche ad un tratto; possono essere parziali, e ristrette a pochi punti, e possono essere estese e generali; spesso sono prodotte da emozioni psichiche, e spesso sono rimosse da questa stessa causa. Noi l'osservammo incompleta, ma estesa, nel 2.° caso sotto forma di emiplegia sinistra, cioè dal lato che sarebbe affetto il più spesso secondo le statistiche di Landouzy, Briquet (2), e Lebreton (3), e la vedemmo parziale, nella prima malata, espressa con l'afonia isterica, la ptosi palpebrale, e la deviazione reale della lingua. — Duchenne dice che nelle paralisi isteriche è sempre conservata la contrattilità elettro-muscolare, mentre ne è perduta la sensibilità; ciò con-

(1) Amann, che ha notato la stessa cosa, riflette però che la leucorrea viene sempre aumentata dagli eccitamenti dell'animo, il che stabilirebbe un certo nesso fra essa, ed i disordini del sistema nerveo vaso-motorio. (*Schmidt's Iahrbüch.* cit.)

(2) Briquet. — Traité clinique et térapeutique de l'hystérie. *Paris* 1869.

(3) Lebreton. — Des différentes variétés de la paralisie histérique. *Paris* 1868.

Digitized by Google

corderebbe in gran parte con quanto noi avemmo occasione di vedere nel 2.° caso, in cui nel primo esame trovammo abolita la sensibilità elettro-muscolare su tutta la metà sinistra del corpo, mentre su molti muscoli di questa sezione, era conservata perfettamente la contrattilità. Però è a riflettere, che la paralisi nel nostro caso non era completa, e che d'altra parte non mancano molti casi di paralisi decisamente isteriche, in cui si è trovata abolita la contrattilità elettro-muscolare. (Benedikt). — Circa la natura delle paralisi isteriche sono state prodotte parecchie opinioni: Landouzy le ripose in un cambiamento del fluido nerveo, Romberg le classificò fra le sue paralisi riflesse, che però ha egli stesso più tardi ripudiate, e Valentiner le volle far consistere in una fina alterazione di nutrizione, analogamente alle paralisi, che si verificano per tifo, intossicazione saturnina, ecc. Tali opinioni sono però state combattute vittoriosamente dall'Hasse, Amann ecc. nè noi vogliamo dilungarci ad esaminarle. Jaksch e Cantani la ripongono in una alterazione periferica dei nervi motori (fibre nervee, gangli), per cui la volontà non può più influenzarli, e Niemeyer crede invece, che le paralisi isteriche derivino da *leggieri* disturbi di nutrizione degli organi centrali della volontà, massimamente perchè su di essi può più facilmente avere agito la causa psichica, che spesso le determina. Brodie, Hasse, Watson ed Amann sono presso a poco di quest'ultimo parere, e ritengono che causa all'incapacità dei movimenti, sia la mancante influenza della volontà. Però mentre con questo modo di vedere si spiegherebbe molto bene il rapido scambio tra la paralisi ed il movimento e viceversa, che talora si riscontra nelle isteriche, la decisa influenza delle impressioni psichiche su di essa ecc., rimarrebbe oscuro come talora soltanto singoli muscoli possano rimaner privi dell'influenza della volontà. Noi, rapporto a ciò, crediamo che si debbano distinguere due specie di paralisi isteriche; l'una periferica, che si distribuisce sui nervi di moto nell'istesso modo con cui l'anodinia e l'anestesia si distribuiscono sui nervi di senso, e a questa si potrebbero riferire ad es. l'afonia isterica, la ptosi palpebrale, la paralisi di muscoli isolati, ed anche una paralisi più estesa, ma completa; e l'altra centrale, che comprenderebbe certe forme di paraplegia od emiplegia, che però sono piuttosto paresi, che vere paralisi, e che solo potrebbero conciliarsi con leggieri disturbi degli organi centrali della volontà. In quest'ultima specie di paralisi vediamo talvolta, che le inferme muovono automaticamente sul letto gli arti paralizzati, mentre non lo possono quando pensano di muoverli con intendimento. Anche la nostra malata N.° 1, nei primi mesi del suo soggiorno all'ospedale, si muoveva sul letto discretamente, ma quando si tentava di farla levare in piedi diceva di non poterlo, e la sua volontà si dimostrava impotente a contrarre quei muscoli che servono a mantenere la posizione eretta. Paralisi di tal genere sono quelle, che sogliono svanire talora repentinamente, e che meglio possono cedere al famoso *sorgi e cammina*, e ad altre impressioni morali (1). Le paralisi periferiche, cioè derivanti da alterati rapporti elettro-motori nelle ultime diramazioni nervose, possono pure esser vinte da uno sforzo dell'eccitamento volontario, ma ordinariamente svaniscono a gradi, quando non sieno influenzate efficacemente da certi rimedi. Nelle prime, viene conservata ordinariamente la contrattilità elettro-muscolare, nelle seconde è diminuita od interamente abolita (2).

Oltre i disturbi nei distretti dei nervi sensitivi e motori, nell'isterismo si sogliono avverare anche disordini dell'*attività psichica*, o per meglio dire, in genere dell'attività cerebrale. Infatti le allucinazioni, l'inquietezza di animo, il timore per piccole cose, l'estasi, la demonomania, i desideri indeterminati, la ninfomania, la simulazione, l'apatia ecc. sono tutte cose, che spessissimo un attento osservatore non mancherà di rinvenire nell'isterismo. Nei casi 2.° e 3.° noi trovammo l'inquietezza di animo molto pronunciata, che anzi nella seconda malata era tale da incitarla

(1) Hasse (op. cit.) rammenta la rapida azione di una seria minaccia fatta a due inferme con paralisi isterica, che furono poste sulla bara, e condotte alla camera mortuaria: fu tale lo spavento che ne provarono, che si alzarono immediatamente e si posero a fuggire. — Levinstein poi, *(Berlin. Klinis. Wochenschr.* N. 42, 1847*)* comunica 3 casi di paralisi isteriche, che esistevano da lungo tempo, e che guarirono in pochi mesi, forzando le malate a compiere quei movimenti, che esse dicevano essere impossibile eseguire. Disgraziatamente però, tali metodi di cura, in vista della loro apparente inumanità, se possono praticarsi negli ospedali, difficilmente possono porsi in atto nella pratica privata.

(2) Anche il Prof. Orsi in una sua memoria *sopra un caso di paraplegia isterica antica, trattata e rapidamente guarita con l'elettricità* (Milano 1869), è di opinione, che le paralisi isteriche possano consistere, ora in un *languore nutritivo* dei centri dell'impulso volitivo, ed ora nella stessa alterazione limitata ai gangli spinali, o ai tronchi nervosi o al sistema del simpatico. In sostanza distingue anche egli le paralisi isteriche, in periferiche e centrali. Del resto se l'alterazione consista in un languore nutritivo, ovvero in un cambiato rapporto elettro-motore negli elementi istologici del sistema nerveo, è cosa da non potersi decidere, benchè a noi soddisfi più la seconda ipotesi, come quella che meglio si adatta a spiegare, la presenza delle paralisi isteriche anche in persone che non offrono alcun vizio generale di nutrizione, e la rapida scomparsa di esse o per cause comuni, o per l'azione di certi mezzi curativi.

Digitized by Google

continuamente a vociferare, ingiuriare ecc. Nella 1.ª osservammo all'incontro la più spiccata apatia in certi momenti, ed in altri il timore per le piccole cose. Su tale proposito racconta Itard di una dama isterica, che si fermava talora in mezzo ad un discorso per prorompere in parole villane ed oscene, di cui si ricordava, ma da cui asseriva di non potere astenersi. Talora le alterazioni psichiche possono trovarsi abbastanza gravi, con solo eccezionali disordini del moto e del senso. Poco tempo fa io ho osservata una donna isterica, che aveva gravi allucinazioni, ed in cui, degli altri sintomi dell'isterismo, non si riscontrava in quel momento altro che un'anodinia incompleta e limitata alla sommità del torace ed ai lati del collo: in questa i disordini intellettuali svanirono prontamente con l'uso del bromuro di potassio ad alta dose.

Il *sonno* e la *veglia* sono pure molto spesso alterati. Il più spesso si ha insonnio, e noi infatti avemmo occasione di osservarlo in tutte le nostre malate. Tolora si ha anche una specie di dormiveglia, cioè uno stato in cui mentre continuano le percezioni imperfette dei sensi, si possono avere anche dei sogni. Lo stato magnetico, il sonnambulismo ecc. (1) possono pure avverarsi nell'isterismo, ed anzi raggiungono spesso un grado elevato, quando intromettitori entusiasti, vogliono trarne partito per la pseudo-scienza, che essi professano. — La letargia, si è pure osservata in qualche caso, e probabilmente dipende da un grado più elevato di quell'istesso disturbo dei rapporti elettro-motori degli organi centrali, che quando è mite può produrre la paralisi per isolamento della volontà. Nello stato letargico spesso le malate possono avvertire tutto quanto le si fa d'intorno, ma la volontà è incapace a far reagire qualunque muscolo. Molti casi di morte apparente, debbono riferirsi alla letargia isterica.

Fra tutti gli enunciati sintomi dell'isterismo, non ve ne ha alcun gruppo, che si presenti isolato in una serie di casi, ma ordinariamente tutti con più o meno frequenza, possono presentarsi soli, od associati in diversissime proporzioni (2).

(1) Il Prof. Brugnoli *(storia di un caso di singolare nevrosi presentante a forma prevalente un sonnambulismo spontaneo nervoso. Bologna*, 1869*)*, riferisce il caso di una isterica, in cui si osservarono fenomeni tanto curiosi e strani di sonnambulismo, che appena sarebbero credibili, se il giudizio autorevole di un attento osservatore qual'è il Brugnoli, non valesse ad *escludere ed annientare qualsiasi anche lontano dubbio di simulazione.*

(2) Une chose bien importante à savoir, c'est qu'elle est *décomposable*, c'est-à-dire qu'elle peut apparaître tantôt avec tous ses symptômes, tantôt avec un seul, avec deux, avec trois, sans cesser d'être elle-même. (Trousseau *et* Pidoux, *traité de térapeutique ecc. Paris*, 1862).

Fenomeni di spasmo e di paralisi, alterazioni del senso e del moto, esaltamento e depressione psichica, possono talora trovarsi riunite in uno stesso malato, o almeno si possono trovare in esso capricciosamente alternate. I casi nostri non hanno fatto eccezione a tale regola generale, e quindi anche a noi pare di nessun valore la tentata classificazione delle diverse forme d'isterismo. L'unica distinzione possibile delle forme di tal malattia, è in isterismo *continuo* parosistico e non parosistico, cioè accompagnato o no da accessi convulsivi, ed in *discontinuo*. Infatti talora si danno malati, in cui sempre ad uno stesso grado si osservano i descritti sintomi dell'isterismo, come nel nostro primo caso; tal'altra in cui durante il corso della malattia, si ha di tratto in tratto una maggiore affluenza di sintomi, fra cui non mancano quasi mai i movimenti convulsivi, come nella seconda; ed infine si possono osservare malati, in cui l'isterismo si presenta ad accessi e per qualche causa occasionale, e che però cessato l'accesso, rimangono completamente liberi da ogni fenomeno isterico. Il terzo fra i nostri casi, è un esempio di questa ultima forma. Nelle due prime forme, è forza credere, che il disordine nelle cellule nervee sia molto più grave che nella terza, a motivo della costanza di certi sintomi, ed in esse il parosismo viene forse rappresentato da una momentanea più forte partecipazione del sistema centrale all'alterazione periferica, già prima esistente. Nella terza forma, i disturbi centrali e periferici non avrebbero alcun ordine di successione, ma si presenterebbero insieme e rapidamente per quindi tornare a svanire nello stesso modo. Talvolta la terza forma d'isterismo, può essere il punto di partenza per le altre due.

Il parosismo isterico (vedi il diario del 2.° caso), può essere di breve durata, e talora può protrarsi anche per qualche giorno; nel 3.° caso tutta la malattia può considerarsi come un solo parosismo. Durante il parosismo, il sintoma più notevole è la convulsione: la coscienza raramente viene perduta: nelle nostre malate è rimasta sempre intatta. Taluni osservatori hanno però notato parosismi isterici con abolizione della coscienza, e ad un tale stato morboso hanno voluto applicare il nome di istero-epilessia. Però a noi non sembra affatto giustificato il farne una malattia distinta, poichè in quei casi l'abolizione della coscienza, deve riguardarsi piuttosto come una diffusione agli organi dell'intelligenza di quell'istessa alterazione, che nei casi ordinari è limitata agli organi centrali della volontà, ovvero, come dipendente da un'anemia cerebrale temporanea, causata da nevrosi vasomotoria. — I parosismi possono essere determinati in persone già isteriche, da un infinito e svariato numero di cause tanto psichiche, che materiali, che sarebbe qui inutile l'e-

Digitized by Google

numerare. Basti solo il dire, che i patemi di animo ne sono gli eccitanti più attivi, e ciò si accorda con quanto fu da noi veduto nei casi 2.° e 3.°. Indifferentemente il parosismo può presentarsi ad un tratto, od essere preceduto da prodromi. Ciò però sta forse in relazione con le cause occasionali che lo determinano, le quali ora agiscono lentamente, ed ora in modo subitaneo.

Si è detto, che il *corso* dell'isteria è sempre cronico (Hasse, Roncati). Però mi sembra che l'espressione non sia troppo giusta, e che si sia confusa la disposizione colla malattia. Infatti si danno casi in cui un accesso isterico, può presentarsi in persona che non ne ha mai avuti, e può finire in pochi giorni senza lasciare dietro a sè alcuna traccia, e senza più rinnovarsi: Meyer ne adduce tre esempi. Fors' anche la forma d'isterismo, che abbiamo chiamata discontinua, può meglio qualificarsi come acuta, di quello che come cronica, poichè in essa la malattia esiste realmente solo negli accessi, che sono di breve durata, e al di fuori di essi si ha solo la disposizione. — Sul corso dell'isterismo, sembra che la mestruazione, la gravidanza ecc. abbiano una diversissima influenza: in qualche caso si peggiora, ed in qualche caso si migliora la condizione dell'inferma. Nel secondo caso da noi narrato, durante la mestruazione, si osservò aumento dell'iperestesia, nevralgia uterina, e la mancanza degli accessi convulsivi. Anche le variazioni atmosferiche, non sembrano prive d'influenza sul corso della malattia che ci occupa; fu da noi osservato in più casi, che i rapidi mutamenti di temperatura, il freddo umido ecc., ne aggravano considerevolmente i sintomi. — La durata dell'isterismo è indeterminata; si narrano casi di malate, che hanno offerto sintomi continui d'isterismo, (anodinia, paralisi ecc.) per 15, 20 anni ed anche più: nell'isteria discontinua, la disposizione ai parosismi si suole avere talora o per tutta la vita, o sino al periodo d'involuzione.

L'*esito* dell'isteria, è ordinariamente la guarigione, quando si tratti della 3.ª forma, però sono frequentissime le recidive; a prevenire le quali può solo giovare un'energica cura profilatica. Nella forma continua si può avere la guarigione, ma spesse volte essa avviene solo per qualche combinazione felice, ovvero soltanto nel periodo d'involuzione; nei casi più ordinari dura per tutta la vita. — La morte avviene raramente per isterismo, se si eccettuano i casi che accennammo più sopra, in cui si è verificato l'esito letale per la prevalenza di uno dei suoi sintomi, cioè dello spasmo della glottide. Qualche volta la morte si deve anche a complicazioni, che possono sopravvenire durante gli accessi isterici, come l'apoplessia cerebrale, la sincope ecc. Infine un'altra causa di esito letale, e che probabilmente insieme alla malattia intestinale ha portato alla morte la nostra prima malata, secondo noi può trovarsi nell'ostinatezza dei vomiti, e nella grande partecipazione dei nervi trofici (vasomotori?) all'alterazione che trovasi nelle altre parti del sistema nervoso centrale e periferico. In tali casi la morte per marasmo, ne sembra quasi inevitabile. — Di conversioni morbose nell'isteria, può appena dirsi qualche cosa: probabilmente la mania, la demenza e la imbecillità, che taluno volle riguardare come conversioni morbose, non si devono ad altro se non a più grande estensione presa dalla condizione patologica dell'isterismo (1).

Circa l'*etiologia* dell'isterismo, è stato da tutti notato, che il sesso femmineo esercita la più grande influenza sullo sviluppo di esso. Quest'influenza però, avverte Hasse, non viene esercitata dal sesso per sè stesso, ma da tutta l'organizzazione della donna, che offre qualche cosa di speciale, forse per la instabilità dei rapporti elettro-motori, delle combinazioni molecolari più facili ad alterarsi per le cause occasionali della malattia. A questa speciale organizzazione della donna, alludeva anche il Baglivi, quando diceva, « Mulieres ob timidum, et imbellem illarum sexum, » morbis ex animi pathemate obnoxiae magis » sunt quam viri, iisdemque vehementius affi» ciuntur » (2). — Infatti anche in quegli uomini che per la loro organizzazione e genere di occupazione si assomigliano alle donne, qualche volta, può presentarsi l'isteria caratterizzata da tutti i suoi sintomi: il Prof. Federici mi narrava un giorno di un suo cliente di debole complessione, che egli dovette curare per un accesso di vero isterismo, in cui non mancavano le convulsioni cloniche e toniche con integrità di coscienza, il bolo isterico, il chiodo isterico ecc. (3).

L'età pubere sembra che sia la più adattata per lo sviluppo dell'isterismo. Nelle nostre inferme i primi sintomi della malattia sono comparsi dopo che già si erano stabilite le menstruazioni, o contemporaneamente alla venuta di esse. Landouzy pure trovò maggiore la frequenza dello sviluppo

---

(1) Solbrig dice che sono estremamente rari i casi, in cui l'isterismo assume i caratteri di una vera psicosi. Però non ne sembra improbabile, che ciò possa accadere, e d'altra parte gli alienisti ne insegnano anche i sintomi speciali, che caratterizzano la demenza isterica (v. *Schmidt's Iahrbüch. Bd.* 134).

(2) Georg. Baglivi, de praxi medica. Romae, 1696.

(3) Geschwender *(Iahresbericht cit.)*, narra pure di un giovane di 19 anni, debole ed anemico, osservato nella clinica di Guibout, in cui si osservarono quasi tutti i sintomi dell'isterismo compresa l'anodinia, che si trovava estesa a tutta la metà *sinistra* del corpo, e circoscritta in corrispondenza del trocantere destro, e B. Celli riporta la storia di un caso d'isteria osservato in un uomo debole e nervoso, dell'età di 31 anni (Morgagni, 1868, v, vi).

Digitized by Google

dell'isterismo dai 15 ai 20 anni (1). — Anche il genere di occupazione, è annoverato dagli autori fra le cause, che possono favorire lo sviluppo di questa malattia; però nelle isteriche di cui abbiamo narrata la storia, sembra che tale causa non vi abbia avuta la minima influenza, giacchè in due almeno di esse, l'una servente e l'altra contadina, il genere di occupazione era ben lontano dall'esser sedentario, che si vuole possa essere il più favorevole allo sviluppo dell'isteria. Hasse nega alla complessione ed ai così detti temperamenti qualunque influenza causale; noi però, dal canto nostro, dobbiamo notare come nei nostri individui si riscontrasse costantemente la carnagione bianca, la capigliatura bionda, l'occhio cilestre, e tutti quei caratteri insomma, che sono stati dettati come indicanti il temperamento nervoso-albuminoso. — Un'educazione mal diretta può pure avere una gran parte nell'etiologia dell'affezione isterica: come un'educazione soverchiamente lassa e libera, così, ed anzi molto più, un'educazione troppo aspra, rigorosa, e severa, predispone le donzelle all'isterismo (Roncati). Per la nostra seconda malata, l'educazione fu più che libera, ma nelle altre non ci siamo potuti addentrare abbastanza nel mistero della loro prima educazione, per poterci chiarire quanta parte abbia avuta tale causa nello sviluppo della malattia; sappiamo solo per la prima, che sino dall'infanzia fu fatta segno alle sevizie materne. — L'ereditarietà, come causa predisponente, non la riscontrammo affatto. Però molti autori le danno una grande importanza, e dalle statistiche di Baillarger, risulterebbe, che specialmente dalle madri, si ereditano con molta facilità le affezioni nervose e psichiche (2). — Certi rapporti sessuali, come la libidine non soddisfatta, la manstuprazione ecc. sembra che abbiano poca importanza per sè stessi, e che formino causa predisponente all'isterismo, soltanto per le emozioni psichiche che procurano (Hasse, Niemeyer, Cantani). Nei casi 1.° e 3.° sembra che tali cause non vi abbiano avuta alcuna parte; nel 2.°, l'abuso del coito può essere anche stato una semplice coincidenza. — Fra le cause predisponenti all'isterismo si possono annoverare certe sofferenze psichiche, quali ad esempio, i patemi deprimenti che afflissero fin dall'infanzia la malata del 1.° caso; ma assai più spesso queste stesse cagioni ne sono anche il momento determinante: il terrore, la gioia improvvisa, il dolore morale eccessivo, spessissimo sono in grado di produrre un accesso isterico repentinamente, ed anche senza che vi fosse alcuna predisposizione. Nel 2.° caso vedemmo come il patema sofferto dalla malata per essere stata condotta in prigione, valesse a determinare un primo e gravissimo accesso, e nel 3.° potemmo apprendere come la venuta dei parosismi fosse stata sempre determinata da un forte dolore morale. — L'impulso d'imitazione involontaria, è pure spesso causa dello sviluppo dell'isterismo: questo fatto fu segnalato sin dai tempi di Boerhave, e spesso è dato riscontrarlo negli ospedali, nei convitti, monasteri ecc. Quelle donne specialmente, che non hanno appreso, per l'educazione ricevuta, a preveservarsi dalle influenze esteriori, sono quelle che più facilmente possono divenire isteriche in tale maniera. Nella nostra sala clinica, mentre la Grimaldi era più che mai tormentata dal vomito continuo, e quando era quasi afona, vedemmo in una giovane oligoemica per emorragia sofferta, presentarsi per più di due giorni, il vomito, l'afonia ed altri sintomi dell'isterismo; lo stato di debolezza irritabile in cui si trovava, e la vista dei patimenti della sua vicina di letto, avevano certamente determinato quell'accesso isterico per imitazione, il quale del resto si dissipò prontamente, e senza l'aiuto di alcun rimedio. Circa il modo con cui la vista di un'isterica può dare origine all'isterismo, riflette giustamente Hasse, che più spesso anzichè all'imitazione, si deve al terrore ed alla sorpresa in persone già disposte.

Le malattie locali degli organi della generazione, sono state pure riguardate come causa frequente dell'isterismo, ed anzi da alcuni fu in esse fatta risiedere la condizione patologica di tale malattia. Hasse benchè non creda, che l'isteria debba riferirsi a sofferenze dei genitali, reflesse su tutto il sistema nervoso, pure gli sembra che le malattie di questi organi vi possano avere una decisa influenza. Almeno la coincidenza di alterazioni nei genitali con l'isterismo, sono state segnalate da tutti i scrittori. Landouzy in 40 sezioni di cadaveri pertinenti a donne isteriche, 29 volte trovò alterazioni dei genitali, ed in 27 malate, in cui, durante la vita, insieme all'isterismo fu riscontrata una malattia materiale, osservò che questa in 26 casi consisteva in un'affezione dei genitali. Valentiner, che si pronuncia contro l'opinione, che mette le malattie dei genitali fra le cause dell'isterismo, fa osservare, che le malattie dell'utero presentansi molto più frequentemente nella tarda età, mentre l'isterismo è più frequente invece fra i 15 e i 20 anni. Hasse però ritiene di nessun valore l'opinione di Valentiner, diretta ad escludere il nesso genetico fra le malattie dell'utero e l'isteria, perchè, egli dice, nella tarda età l'utero si contiene in modo affatto passivo verso il resto dell'organismo, men-

(1) Secondo le statistiche di Scanzoni e di Amann, sarebbe invece più frequente tra i 25 ed i 35.

(2) Anche Amann (op. cit.) crede che l'ereditarietà giuochi una gran parte nell'etiologia dell'isterismo; però crede, che, come per la tubercolosi, si erediti la disposizione, e non la malattia.

Digitized by Google

tre invece nella gioventù anche l'aumento o diminuzione di sangue in quell'organo, può avere un significato maggiore di molte malattie organiche (1). Noi, come notammo più sopra, nelle nostre tre malate trovammo un catarro della mucosa utero-vaginale, ma non potemmo affatto stabilire il nesso che passava fra esso e l'isterismo, nè potemmo accertarci se ne fosse stata la causa, ovvero l'effetto: però nella sezione della prima, il reperto anatomico ci mostrò segni tali di alterazioni antiche degli organi sessuali interni (salpingite catarrale cronica, catarro antico dell'utero), da farci credere, che ivi, meglio che altrove, potesse essere stato il punto di partenza dei consecutivi fenomeni isterici. Notiamo di passaggio, che le malattie delle trombe falloppiane, non sono state su tale rapporto nominate da Amann, che pure ha raccolti su questa materia i più numerosi dati statistici. Nei casi accertati in cui le malattie dei genitali hanno preceduto l'isterismo, rimane peraltro sempre dubbio in qual modo possano averlo prodotto. L'alterazione della nutrizione da esse dipendente, non sembra poter formare un sufficiente legame fra le due affezioni, poichè la clorosi non sempre si riscontra nelle isteriche, nè le isteriche clorotiche hanno sempre una malattia ai genitali; piuttosto è a credere che in tali casi si tratti di azione reflessa, per eccitamento trasmesso dalle fibre sensitive degli organi genitali malati, agli organi nervosi centrali. Rimarrebbe a decidersi, se solo le convulsioni e nevralgie, ovvero se tutte le sofferenze isteriche possano ottenersi in tale maniera. Attenendoci alla teoria di Jaksch non sarebbe improbabile quest'ultimo fatto, poichè i moti reflessi, abnormemente protratti, possono esser benissimo la causa di quelle alterazioni nei rapporti elettro-motori delle molecole nervee, che a seconda della loro ubicazione, centrale o periferica, può dar luogo a tutti i più svariati sintomi dell'isterismo. A sostenere l'origine reflessa dell'isteria, dalle affezioni dei genitali, concorrono pure le note esperienze di Schützenberger, il quale più volte fu in grado di produrre accessi isterici esercitando una pressione sulle ovaie. Amann stesso, il quale si pronuncia contro l'origine reflessa dei sintomi isterici, ammette più sotto, che essi non raramente si osservano dietro una pressione od irritazione esercitata su diversi organi addominali, giacchè non solo gli organi genitali malati sono in grado di produrre l'isterismo per azione reflessa mercè le loro fibre sensitive, ma spessissimo anche altri focolai d'irritazione situati in altri punti del corpo, possono dar luogo al medesimo effetto; nel caso riferito da Guttmann fu infatti una cicatrice dolente nella metà destra della fronte, il punto di partenza degli accessi isterici. Del resto però s'intende da sè, come nel sesso femmineo, specialmente dopo la pubertà, lo stato morboso dei genitali debba riflettersi in modo più esteso su tutta la vita nervea, più che l'irritazione di qualsiasi organo, e quindi le malattie degli organi sessuali devono occupare il primo posto fra le *cause locali e materiali* dell'isteria. Ciò è provato anche dall'aumento che subisce quest'affezione, nella pubertà, periodi mestruali, gravidanze ecc. (Hasse).

Oltre i momenti causali enunciati, si trova spesso, che anche le emorragie, l'allattamento, le infermità che alterano la digestione e la sanguificazione, il cattivo nutrimento, la clorosi ecc., sono tutti elementi, che possono stare in istretto rapporto genetico colla malattia in discorso.

Riassumendo con Hasse, rapporto all'etiologia dell'isterismo diremo dunque, che dai suddetti rapporti causali discende, che l'origine dell'isteria riposa su diversi momenti, il cui significato secondo le circostanze, è ora occasionale, ora predisponente. Le condizioni principali ne sono: 1) l'aumentata sensibilità dei nervi periferici, e dei centri di percezione; 2) l'aumentata suscettibilità reflessiva del midollo spinale; 3) una determinata disposizione psichica, da cui dipende un abbandono involontario alle influenze esteriori, ed una diminuzione del dominio della volontà sopra l'attività nervea involontaria; 4) la presenza di locali irritazioni corporee o adequate influenze psichiche. — L'isteria quindi, può essere deuteropatica o secondaria, quando cioè si sviluppa sotto l'influenza di altre malattie, e primaria, cioè quando succede ad un continuo sviluppo della disposizione.

Rapporto alla *diagnosi* dell'isterismo, possiamo dire che nell'insieme è facile. L'interessante è potere distinguere la disposizione all'isteria, dall'isteria già sviluppata, il che non è sempre facile a motivo del passaggio graduale da uno stato all'altro. Molti vogliono che l'isteria possa dirsi tale, quando è aumentata l'attività reflessa, e di

(1) Del resto tale questione è stata studiata anche più recentemente da Amann (op. cit.), e questo scrittore dall'osservazione di molti casi di malattia, ha potuto dedurre, che la lesione materiale su cui sono fondati i fenomeni isterici, riscontrasi quasi sempre negli organi sessuali, e che curando questi, quelli diventano molto più limitati, quando non vengano assolutamente rimossi. Fra le malattie degli organi sessuali, che più facilmente possano dar luogo all'isteria, Amann ha veduto primeggiare il *descensus uteri*, e lo sviluppo difettoso dell'utero, quindi in ordine di frequenza la metrite, la retroflessione e retroversione dell'utero, i fibroidi e polipi fibrosi, l'endometrite e colpite croniche, l'antiflessione ed antiversione, i piccoli tumori ovarici, ed il prolasso dell'utero. Il carcinoma non avrebbe mai dato luogo all'isterismo, ed anzi questi sarebbe svanito in 4 casi dopo la sua comparsa.

Digitized by Google

tale opinione sono quelli, che ammettono in ciò l'essenza dell'isterismo; altri vogliono che principii col globo isterico, ed altri finalmente con molti sintomi subbiettivi. I veri caratteri decisi della malattia, si possono però far consistere, in uno straordinario eccitamento dei nervi sensitivi per certe influenze od adequate irritazioni, sensazioni associate, e contegno psichico; quando sianvi anche movimenti reflessi in piena coscienza, la diagnosi allora non può più restare in dubbio. — Talora tuttavia può accadere, che insorga qualche dubbio, se la forma di malattia che si ha innanzi sia un vero isterismo, ovvero un' altra delle così dette nevrosi. Abbiamo detto che negli accessi convulsivi qualche volta viene abolita la coscienza, e che si ha allora quella specie morbosa, che si volle chiamare istero-epilessia: noi dicemmo già il nostro parere su tale distinzione di cui si piacquero alcuni nosologi; ma è pur vero che a prima vista l'osservazione di un accesso convulsivo con perdita di coscienza, potrebbe indurre in errore, e far credere trattarsi di una vera epilessia. Se però si consideri da un lato, la brevità che suole esser propria degli accessi epiletici, il non esser questi interrotti da alcuna pausa, la forma prevalentemente clonica che li distingue, la cianosi e il sopore che ad essi specialmente tengono dietro, e da un altro lato, l'osservarsi nell' isterismo certi sintomi speciali anche al di fuori degli accessi, il presentarsi di questi ultimi per lo più nelle ore del giorno, ed in circostanze tali, che quasi sembra, che il malato possa dominarli; essendo raro che sopravvengano in istrada, o in altri momenti in cui l'infermo in certo qual modo non vi si abbandoni, la diagnosi potrà essere facilmente accertata, nè sarà più possibile rimanere in dubbio, se si tratti di una specialità d'isterismo, ovvero di una reale epilessia. — Le convulsioni eclamptiche, che pure potrebbero talora confondersi con le isteriche, saranno facilmente eliminate, quando si rifletta, che esse si svolgono sempre sotto speciali circostanze, e che le orine delle inferme per eclampsia presentano quasi costantemente una più o meno grande quantità di albume. — La catalessi, la chorea magna, e qualche altra nevrosi, presentano infine fenomeni tanto distinti, che crediamo inutile stabilirne i caratteri differenziali: ci basta solo notare, che esse possono però talvolta complicarsi con l'isterismo, e che allora tale complicanza viene facilmente posta in chiaro dall'osservazione dei sintomi propri di ciascuna forma morbosa. — Del come certi gruppi di sintomi possano aggiudicarsi all'isterismo, anzichè ad altre condizioni morbose, abbiamo in parte parlato, quando fu esposto il processo diagnostico dei nostri casi. Vedemmo allora come il vomito e le paralisi, sintomi dell'isterismo, possano esser distinti dal vomito e dalle paralisi, che insorgono dietro altre condizioni patologiche (1). Ne rimarrebbe a parlare del come certe convulsioni tetaniche, ed i dolori articolari, che noi rinvenimmo nella seconda malata, e che spesso furono osservati anche da altri, possano differenziarsi dal vero tetano, e da un'artritide vera; però la poca durata del tetano isterico, l'essere desso a volte a volte interrotto da convulsioni cloniche, e la mancanza del turgore flogistico nelle artropatie da isterismo, possono dispensarci da ulteriori parole su tale punto diagnostico.

L'unica cosa che rimane ad avvertire, è che non debbano trascurarsi le malattie locali, che possono stare in nesso od in complicanza con l'isterismo, cosa molto facile ad avvenire esaminando certi soggetti, in cui le continue lagnanze subbiettive, rendono molto difficile l'apprezzamento dei mali. Nella nostra prima malata, dando tutto all'isterismo, e non esaminando accuratamente l'addome, sarebbe sfuggita facilmente l'alterazione, prima del peritoneo, e poi degli intestini, e quindi si sarebbe commesso grave errore prognostico.

La *prognosi* dell'isterismo, è ordinariamente buona per ciò che riguarda l'esito finale, ma infausta rapporto alla durata, ed alla guarigione completa. I rari casi in cui l'isterismo può produrre per sè solo la morte, sono stati accennati; rapporto poi alla guarigione, è dessa condizionata a certi leggi, che dall'Hasse vengono ristrette alle seguenti: 1) Isteria avvenuta prima o durante lo sviluppo della pubertà, dura sino allo stabilimento completo della menstruazione, ovvero sino al matrimonio, gravidanza o parto. 2) Se dipende da cause psichiche, dura ordinariamente nei casi più favorevoli, sino alla loro rimozione, ovvero sino al periodo d'involuzione. 3) Se v'ha una malattia locale dura sinchè questa non è guarita. 4) In alcuni casi può rimanere benchè sia cessata la malattia locale, per abitudine contratta dal sistema nerveo. 5) Le cause che agiscono repentinamente e che presto svaniscono, sono favorevoli alla guarigione, e spesso producono solo pochi parosismi. 6) Guariscono meglio quei casi, che dipendono da cause occasionali, di quelli che dipendono da intensità di disposizione alla malattia. 7) Le isterie deuteropatiche, guariscono più facilmente, però secondo il genere di malattia che le ha prodotte. — Condizionando a queste leggi i casi di cui abbiamo narrata la istoria, riesce

(1) Rapporto alle paralisi, è a notare, che un carattere differenziale importante, può essere anche desunto da certe rapide mutazioni, che qualche volta esse subiscono nel corso dell'isterismo, di cui non sono suscettibili altre paralisi condizionate ad alterazioni centrali. Così Henry Bennet (*Jahresberichi cit.*) riferisce un caso d'isteria con paralisi, in cui questa svanì completamente poco tempo innanzi alla morte.

Digitized by Google

chiaro come dovesse essere sfavorevole la prognosi nel 1.° nostro caso, in cui l'isteria associata ad importanti e gravi malattie locali, ed in gran parte da esse dipendente, non poteva assolutamente guarire senza la rimozione di quelle, che del resto erano di natura tale, da non potere esser vinte con quegli aiuti terapeutici, di cui si poteva in quel caso disporre: a ciò è da aggiungere, che fra i sintomi stessi dell'isteria, ve ne erano tali come il vomito ostinato, che dovevano inevitabilmente, a lungo andare, ledere di tanto la nutrizione dell'organismo, da gettare facilmente la malata nel marasmo, e nelle sue ulteriori conseguenze. Nella seconda malata rende dubbia la prognosi, il sapere la malattia derivante in gran parte da gravi influenze psichiche, e la coesistenza del catarro uterino, che non sapremmo se devesi riguardare come un momento causale, ovvero come un effetto dell'isterismo. Tuttavia la mancanza dell'intensità di disposizione alla malattia, essendosi questa sviluppata in età relativamente tarda, ci fa sperare, che qualora non si rinnovino le cause determinanti, la malattia possa andare ad un esito felice. Nella terza malata infine, la intensa disposizione alla malattia, che ha prodotto violenti parosismi isterici ogni qual volta vi si è aggiunta qualche causa determinante, ed il non essersi mitigata questa disposizione, nè col matrimonio, nè colla gravidanza, nè col parto, ci fa ritenere, che la ripetizione delle cause occasionali, possa essere in grado anche per l'avvenire di procurare il ritorno dei parosismi, e che forse il solo periodo d'involuzione, sarà quello in cui la malata rimarrà libera dalle sue sofferenze.

Poche parole devo ora aggiungere intorno alla *cura*. La cura profilatica consistente in una dieta corroborante, nel miglioramento della crasi sanguigna (?) (Valentiner), e nella dietetica psichica (Romberg), non fu da noi potuta esperimentare, poichè avemmo a curare le nostre malate, quando non si trattava più di sola disposizione, ma invece di malattia già sviluppata. Nell'inferma N. 3 in cui osservammo la forma discontinua della malattia avremmo voluto instituire una cura profilatica, a fine di prevenire il probabile ritorno dei parosismi, ma le condizioni sociali della malata, non ce lo hanno permesso — L'allontanamento delle malattie locali, ossia dei focolai d'irritazione causa dei movimenti reflessi, che costituisce la prima indicazione di Romberg, non ci fu possibile ottenerlo nella prima malata, in cui era assolutamente necessario, perchè le malattie erano di natura tale da esser vinte difficilmente, e per di più, perchè i vomiti continui, ed il carattere morale della malata, si opponevano alla diuturna amministrazione di rimedi tanto interni che esterni. — Il ferro, indicato nell'isteria associata a clorosi, non fu da noi potuto utilizzare, mancandone l'opportunità. — Nulla potremmo pur dire sui bagni di mare, e sulla cura idroterapica formale encomiati da tanti osservatori, perchè ne mancarono i mezzi da porre in opera tali metodi di cura (1). — Gli antisterici propriamente detti, che secondo il Valentiner agirebbero inducendo cambiamenti nel contenuto oleoso delle fibre nervee primitive, furono spesso esperimentati senza verun effetto, e solo nella terza malata l'acqua antisterica del Quercetano, unita però alla morfina, parve portare una qualche diminuzione nell'intensità dei sintomi. Per la stessa ragione, ci dispensiamo dal parlare di molti altri rimedi vantati dai singoli autori contro le affezioni isteriche, e dei metodi di cura di Rostan, Gendrin ecc., e perchè di effetto assolutamente incostante, e perchè il più delle volte giudicati in forza del futile assioma, post hoc, ergo propter hoc. — L'elettricità è forse il rimedio più razionale, e quello in cui bisogna confidare di più nella cura dell'isterismo. Nella nostra terza malata, produsse effetti sorprendenti. Come essa agisce? reintegrando gli alterati rapporti elettro-motori delle molecole nervee, ovvero eccitando l'attenzione dell'inferma, e facendo così predominare l'innervazione centrifuga volontaria, sulla centripeta e sulla reflessa? ciò è difficile decidere, e forse agisce in ambedue le maniere. Fra i sintomi in particolare, le nevralgie sono quelle che cedono più spesso all'applicazione della corrente elettrica, e ciò forse potrebbe pure appoggiare l'opinione del Woakes, che già accennammo, sulla natura di esse, giacchè si comprende bene, come la elettricità possa rendere di nuovo contrattili le tuniche dei piccoli vasi, rilasciate per paralisi periferica del simpatico; nei casi nostri fu però ricorso di rado a tale rimedio, perchè il più delle volte ci riusciva sedarle coll'applicazione locale del cloroformio; nella malata del 3.° caso, in cui fu applicata la corrente indotta sui punti dolorosi, essa produsse con la più grande rapidità l'effetto desiderato. L'anodinia, l'anestesia, e le paralisi trovano pure un efficace rimedio nell'elettricità. Nel 3.° caso, l'anodinia, e l'anestesia svanirono come per incanto, dopo 10 minuti di applicazione della corrente indotta; nel 1.° fu rare volte applicata a scopo terapeutico, poichè la malata era avversa all'uso di qualunque rimedio, e nel 2.°, il breve tempo che la malata soggiornò nell'ospedale, non fu bastante per giungere all'uso di questo espediente terapeutico, che si era riservato a quando si fosse constatata l'inutilità degli altri, con cui si faceva esperimento.

---

(1) D'altronde crediamo, che l'Idroterapia ed i bagni marini anzichè a curare l'isterismo, valgano immensamente a rimuovere la disposizione, rendendo meno mobili i rapporti elettro-motori delle molecole nervee.

Digitized by Google

Infine devo avvertire con l'Hasse, che nel trattamento dell'isteria giuoca una parte importante anche il modo di comportarsi del medico dinanzi al malato. *La pazienza, l'indulgenza, e la sollecitudine, sono al massimo grado necessarie, ma però lo sono pure una fermezza, ed una indipendenza maschile, dinanzi alle lagnanze, pretensioni e capricci dei malati* (1). La dolcezza unita al rigore, la circospezione non spinta fino alla diffidenza ed all'incredulità, ed una leggerezza benefica e rallegrante nel conversare colle inferme, sono le qualità, che possono rendere un medico più atto di un altro a guarire, o almeno a rendere meno penosa questa incomoda ed ostinata malattia.

(2) Hasse op. cit. § 273.

Della terapia empirica e della terapia scientifica

LEZIONI ORALI

DEL

Dott. MARIANO SEMMOLA

Professore di terapia nella R. Università di Napoli; e professore di medicina clinica nel grande Ospedale degli Incurabili

Signori.

Prima di passare dalla Cattedra allo Spedale, in altri termini, prima di lasciare le teorie per trovarci direttamente innanzi alle tanto svariate malattie che dovremo curare, io sento il dovere di prevenirvi, che molte volte il medico deve creare la cura, deve trovare un nuovo rimedio, epperò sento il bisogno di esporvi chiaramente quale deve essere la sua condotta innanzi a' problemi terapici non ancora risoluti, per non urtare ne' scogli che da ogni parte gli si presentano ed in conseguenza per non tradire il vero scopo che si propone. — Quantunque questa pagina della scienza è forse affatto muta finora, essa devesi nondimeno considerare come la chiave del progresso della terapia; epperò è un argomento della maggiore importanza. Nè solamente dal punto di vista pratico o clinico che si voglia dire, ma eziandio dal punto di vista scientifico; perchè il proporsi di sciogliere questo grande problema: *dato un farmaco trovare in quali morbi può essere utilmente applicato;* ovvero l'inverso che torna lo stesso: *dato un morbo trovarne il rimedio*, rappresentare potrebbe la inaugurazione più splendida della medicina sperimentale e la condanna più inesorabile del periodo empirico. La medicina, e soprattutto la terapia, con questi studi pretende infatti di mostrare a' suoi detrattori che anche essa s'incammina a divenire una scienza vera, una scienza di azione, e che sono de' reazionari quelli che la vorrebbero vedere fermata come scienza di osservazione su la soglia della tradizione ippocratica, e de' ciarlatani quelli cui la paura dell'altrui dottrina fa gridare a gola piena che la medicina è basata sopra principi congetturali, e che però non è che un'arte e forse anche un mestiere. Ma tutte queste pertinaci accuse, e l'opposizione retriva della vecchia medicina, ha un fondamento di verità che sembra giustificarne la ostinazione. Diteci, essa vi ripete con un frasario provocante, quale rimedio abbia saputo scoprire questa medicina sperimentale, cui voi tanto vantate, che possa stare degnamente accanto alla china ed al mercurio? Ebbene questa domanda è imbarazzante e compendia una ben meritata accusa allo indirizzo di coloro che hanno avuta la sciocca pretesa di rinegare o disprezzare la tradizione empirica e di credere sinceramente venuto il punto in cui la medicina, come ogni altra scienza sperimentale, avesse potuto risolvere i problemi della cura delle malattie Questo tempo forse verrà; gli sforzi ogni giorno si raddoppiano per raggiungere questa ardua meta; ma per ora, e, per un periodo ancora molto lungo, la maggior ricchezza della farmacologia non si trova che nella eredità dello empirismo. Le altre dovizie che ogni giorno le lega la medicina sperimentale non possono essere accettate dalla terapia che col beneficio dello inventario; non già perchè il metodo sperimentale conduca a risultamenti dubbiosi, siccome potrebbe far credere questa mia frase, bensì perchè que' risultati non sono figli legittimi della medicina sperimentale. Essi sotto un'altra forma, con la veste del laboratorio, pretendono il battesimo della medicina sperimentale, mentre portano sempre con essi lo stesso peccato originale, l'ipotesi o il sistema. Che questa ipotesi si chiami fermento piuttosto che *spirito vitale*, e che questo sistema sia la patologia cellulare piuttosto che il controstimolo, alla farmacologia poco importa; i suoi risultati pratici sono egualmente dannosi al vero progresso sperimentale della terapia. Io mi propongo in conseguenza di indicare quali sono le vere norme ed i veri limiti onde è possibile di risolvere il problema: *dato un farmaco scoprire le sue virtù curative.* — Questo esame va riguardato sotto al punto di vista farmacologico e patologico; perchè è naturalissimo che per iscoprire delle virtù terapiche bisogna ben conoscere le malattie che si vogliono curare. Noi cominceremo da queste ultime per vedere che cosa esse chiedono alla far-

Digitized by Google

macologia, e se le loro domande sono concepite in termini chiari e realizzabili davvero; poichè se il patologo non fornisce un punto di partenza netto, preciso ed indiscutibile, egli è chiaro che la ricerca delle virtù curative de' farmachi per la via del razionalismo sperimentale, manca del suo principale appoggio. Ebbene fa d'uopo confessarlo; la patologia si è sempre, e massime poi in questi ultimi tempi, presentata al farmacologo con la pretensione di avere risoluto i problemi delle malattie, mentre in realtà essa non ha fatto che formolare delle teorie più o meno sperimentali, ma sventuratamente anche più o meno ipotetiche. Ciò che ha dunque chiesto alla farmacologia non era proprio il vero. Come poteva dunque, e come potrebbe la povera scienza dei farmachi rispondere sinceramente a questi sleali inviti? Mi spiegherò anche meglio. La patologia sperimentale, siccome tutte le scienze sperimentali di fresca data, ha finora molto incompletamente studiate le tante malattie che ci affliggono; ma i medici impazienti di arrivar presto, hanno riempiuto le lacune con teorie più o meno ingegnose ed hanno creduto di presentare così de' problemi chiaramente risoluti. Or bene la teorica è una creazione necessaria nel progresso della patologia come di ogni altra scienza sperimentale, perchè essa coordinando i fatti già conosciuti, apre la via ad ulteriori indagini. Ma poichè le nuove ricerche sperimentali possono successivamente confermarla o distruggerla, la teorica non rappresenta che una verità relativa e destinata a modificarsi. Essa non è dunque che una costruzione precaria a cui si deve prestar fede provvisoriamente, e che, per quanto si possa credere completa non è mai definitiva.

Dal punto di vista patologico noi ci possiamo reputare soddisfatti di queste teoriche; ma dal punto di vista terapeutico non dobbiamo nasconderci che la farmacologia è molto imbarazzata a fornirci dei rimedi sinceri. Dappoichè, le richieste terapeutiche che si deducono da quelle costruzioni teoriche dei morbi, sono anche esse richieste più o meno ipotetiche. Le lacune che la teorica ha cercato di riempire più o meno felicemente nel quadro di un fatto patologico, possono momentaneamente sparire innanzi ai nostri occhi; ma esse non sfuggono egualmente innanzi al magistero ed alle leggi dirigenti gli atti biologici, ed allora il rapporto che si era creduto di trovare fra l'azione del farmaco ed il meccanismo della malattia, non è che una illusione, ed il risultato di questa specie di terapia, non è che un nuovo disinganno, siccome pur troppo è provato ogni giorno dal venir meno dei successi curativi, che pompose teoriche poco modestamente presumono di ottenere.

Dalla cose dette risulta assai chiaramente che una delle maggiori difficoltà che si presentano per scoprire le virtù curative di una sostanza, deriva dalle condizioni della patologia. Ma poichè vi sono realmente dei casi speciali in cui questa difficoltà sparisce, egli è necessario che io discenda a particolari anche maggiori, per formolare nettamente le leggi che presiedono all'applicazione terapica delle virtù fisiologighe dei farmachi, togliendo a punto di partenza gli studi patologici. Parlo sempre ai giovani medici, epperò mi si consentirà se talvolta mi fermo a ricordi elementari. Vediamo un poco che desidera il medico di fare dopo che ha acquistato le nozioni più esatte possibili intorno ad una malattia. La prima idea che gli si presenta è la cura della cagione del male. Or due casi possono darsi che tutto comprendono il campo della patologia. Si tratta di combattere o una cagione estranea all'organismo, ed i cui effetti perturbatori si trovano ancora in dipendenza di essa, sicchè, rimossa la cagione cessa la malattia (colica per cibo indigesto, avvelenamento per sale di piombo ecc.); ovvero una cagione che, anche venuta dall'esteriore, si è però siffattamente immedesimata con l'organismo, ed ha determinati tali cangiamenti nella costituzione fisico-chimica delle sue materie, che la malattia prodotta non si trova più in dipendenza della sua prima azione, ma di questi ultimi effetti. Sono sventuratamente in questo numero la maggior parte delle più gravi malattie (infezioni palustri, tifiche, coleriche ecc,, infiammazioni per freddo ecc. ecc.). In questi casi la cura etiologica, diventa cura della natura del male e del processo morboso; perchè realmente questo e quella sono i veri artefici della infermità. Nel primo caso, quando cioè la cura etiologica consiste nel rimuovere una cagione che rimane estranea alla costituzione intima dell'organismo, il patologo chiede alla farmacologia un agente che neutralizzi chimicamente il veleno, p. es., piombico, ovvero un farmaco che determini il vomito per sbarazzare lo stomaco, o una sostanza purgativa per vuotare le budella dalla cagione morbifera. La farmacologia possiede molte di queste sostanze di azione fisiologica emetica o purgativa, ed oltreacciò conosce dalla chimica che il solfato di magnesia, o la limonea solforica, sono capaci di scomporre i sali di piombo per formare solfato piombico insolubile ed inoffensivo. Risponde dunque allo invito del patologo, e gli consiglia di amministrare una soluzione di solfato di magnesia allo avvelenato di acetato di piombo. Tutto è noto in questa cura che giustamente si appella razionale. Nessuna lacuna si presenta allo animo del medico che possa fargli dubitare del buon successo. Egli conosce tutte le condizioni di questa sperienza e sa bene che le leggi chimiche che regolano la reazione dello acetato di piombo rimpetto al solfato di magnesia, sono immutabili, non possono subire alcuna eccezione, e che

Digitized by Google

però daranno luogo nello stomaco alla produzione di solfato piombico, allo stesso modo che avverrebbe in un bicchiere da saggio. Così parimente il patologo che chiederà alla materia medica l'olio di ricino per colui che ha da poco tempo una colica da cibo indigesto, farà una domanda netta e sincera ed una cura razionale. Nota gli è la cagione del male; nota gli è del pari la qualità dei disordini che ha provocati; noto, che cacciato senza ritardo il cibo indigesto cesseranno i dolori. La sua domanda alla materia medica non nasconde alcuna condizione ipotetica. Se la farmacologia ha trovato davvero che l'olio di ricino eccita le contrazioni peristaltiche delle budella, e provoca delle evacuazioni ventrali, la sperienza terapica riuscirà senza dubbio. In casi simili la domanda della patologia e la risposta della farmacologia fisiologica sono così bene armonizzate fra loro, e così bene rispondono allo scopo, come quando si chiedesse al chirurgo l'asportazione di un tumore che comprimendo un tragitto venoso produca l'edema, ovvero la espulsione di un calcolo vescicale che provochi la disuria. Il principio generale che deriva da questi fatti si formola così. La nozione etiologica di una malattia trova un sicuro rimedio sempre che si tratti di neutralizzare chimicamente, o di rimuovere con l'azione fisiologica di un farmaco una cagione, che risiede nelle cavità direttamente accessibili dall'esterno, e di cui ci sono note tutte le condizioni di esistenza.

Ma, per continuare l'esempio dello avvelenamento da acetato di piombo, se il sale di piombo fu assorbito e passò nel sangue, e poi sopravvennero delle alterazioni nutritive dei tessuti, e si determinò p. es. una cachessia saturnina, il patologo pur chiede al farmacologo che sbarazzi l'organismo dalle particelle di piombo che si trovano combinate cogli elementi di diversi tessuti, o almeno che ne neutralizzi la perfida azione, siccome fece quando l'acetato di piombo trovavasi ancora nello stomaco. Il farmacologo non sa che rispondere; cerca di correre alle reazioni chimiche che lo guidarono così bene la prima volta e trova una smentita. Amministra i solfati solubili, o la limonea solforica, e la cachessia saturnina non si modifica, ed i suoi gravi sintomi imperversano. Le leggi della chimica, dice allora il medico empirico, non sono leggi stabili; che pretendete voi, con queste applicazioni chimiche alla terapia; io le rinnego e preferisco di starmene nella mia pratica. E nondimeno, o Signori, il caso è semplicissimo. Questo insuccesso era prevedibile come tanti altri, e l'accusa alla terapia chimica razionale è ingiusta, perchè questa indicazione dei solfati solubili, o della limonea solforica, nella cura della cachessia saturnina, non è che una terapia *ipotetica* e non già *razionale*. I solfati solubili o la limonea solforica, trasformano in solfato di piombo lo acetato e gli altri sali di piombo che noi conosciamo, lattati, nitrati, ecc. Mutate le condizioni fisico-chimiche di queste combinazioni piombiche, la reazione suddetta non avrà più luogo o ne avverrà un'altra che noi ignoriamo, perchè le leggi dei fenomeni naturali sono sempre proporzionate alle condizioni di esistenza di quei fenomeni; cangiate le quali condizioni, sopravvengono nuove leggi proporzionate alle nuove manifestazioni. Non è dunque già che le leggi della chimica siano mutabili od incerte, o che quelle dell'organismo non siano leggi chimiche, come gridano ancora alcuni vitalisti. Le leggi onde son regolate le reazioni di questo meraviglioso laboratorio, che è il nostro organismo, sono proporzionate, siccome tutte le leggi dei fenomeni della natura, alle particolari e ben determinate condizioni di esistenza della materia. Quando queste condizioni si ignorano quelle leggi non si possono formolare. E tanto meno si possono costruire indicazioni terapeutiche sopra leggi chimiche che si ignorano e che indovinare sarebbe impossibile, e supporre che siano le stesse di quelle che conosciamo fuori l'organismo, sarebbe ipotetico ed assurdo. La patologia prima di domandare alla farmacologia un rimedio che chimicamente neutralizzi od elimini il piombo dalla economia, dovrebbe domandare a se stessa: quali propriamente sono le nuove combinazioni che il piombo ha prodotto nel sangue e nei tessuti? Se essa resta muta a questa domanda, o per tutta risposta si lusinga di conoscere quelle combinazioni, deducendole da calcoli più o meno immaginari, poichè la rigorosa sperienza non ha potuto indicargliele, bisogna convenire che la patologia dirige alla farmacologia una domanda chimerica o insidiosa. Chimerica perchè domanda un rimedio chimico per la cachessia saturnina senza dirle quali sono le combinazioni di piombo su le quali pretende di agire; insidiosa perchè offrendole un'ipotesi in cambio di realtà, la seduce per farle proporre un medicamento che la sperienza clinica troverà bugiardo. Ecco degli errori e delle ipotesi patologiche, che col pretesto di far progredire la terapia invocano dalla farmacologia delle azioni chimiche imposibili.

Da quel che ho detto si conchiude, come corollario al principio più sopra enunziato, che, quando le cagioni, anco le meglio determinate, venute dallo esterno si trovano immedesimate col nostro organismo ed hanno modificata la costituzione fisico-chimica del sangue e dei tessuti, la patologia non sa nè può dire alla farmacologia quali sono i veri bisogni della cura per discoprire nella azione fisiologica dei medicamenti le sostanze che sicuramente possano rimuovere quella intima cagione.

Ma io non voglio arrestarmi a questo esempio, che, quantunque eloquentissimo, potrebbesi cre-

Digitized by Google

dere scelto a bella posta per iscansare quella parte della patologia nella quale si sono realizzati oggidì colossali progressi di osservazione e di sperienza. Prendiamo invece i due esempi che aveva già accennati a proposito delle cagioni esteriori, i cui effetti morbosi rimangono indipendenti da esse; vuo' dire la infiammazione, p. es., una polmonite per freddo ed una febbre da infezione palustre. Prima di tutto è di una volgare evidenza che il patologo non può proporsi in questi casi la cura etiologica nel modo che usò per l'avvelenamento saturnino e per la colica da indigestione. La causa prima è già passata. Quando il pover uomo che si espose al freddo o alle esalazioni palustri è sorpreso dal male, si troverà forse in casa o a letto, in un ambiente tepido e sano, e quando fu colpito dalla cagione esterna egli non se ne accorse.

I patologi molti sottili si affretteranno a ricordare che nella polmonite due furono i momenti etiologici onde operò l'aria fredda; cioè il *momento flussionale nevro-paralitico* per azione riflessa ed il *momento discrasico* (lattico ed urico?), e crederanno una grande scoperta quella dello americano Salisbury che ci ha fatto sapere, il parassitismo vegetale essere una parte rilevante della infezione da malaria. Ma queste nozioni sono di un interesse puramente astratto. Dopo che l'azione del freddo è passata, e dopo che le *cellule algoidi* dell'aria palustre furono assorbite da'pulmoni, il medico non ha che una polmonite ed una febbre intermittente, che non hanno più alcun rapporto causale, immediato con quegli agenti. Invece la vera cagione attuale della polmonite o della febbre intermittente sta in una peculiare alterazione dell'organo o dell'organismo ammalato, e, quando la patologia vuol chiedere il rimedio alla farmacologia, bisogna che le dica chiaro e tondo quale è questa alterazione e quale lo effetto che si propone di raggiungere. Essa ha dunque cercato di studiare col maggior zelo possibile la natura ed il processo morboso di queste malattie, per poi formolare la sua domanda farmacologica. Vediamo un poco cosa han fruttati questi studi alla parte terapica, e quanta sia la sincerità delle domande che il patologo deduce da essi. Io non voglio trattare l'argomento dalla parte storica, col disotterrare le teoriche ed i sistemi onde furono invase generazioni intere di medici, o contare le numerose vittime di questi deliri. Ognuno direbbe che que'racconti nefasti sono oggi un anacronismo, e direbbe bene, perchè le dottrine mediche allora erano de'romanzi ed ora cominciano ad essere storia. Fermiamoci dunque al presente. Per chiarire la natura ed il processo morboso di quelle malattie, come di tutte le altre, i patologi si collocarono da due punti di vista, il lato chimico e lo istologico. Prima di tutto vorrei dire che con lo esclusivismo divennero sistematici, senza volerlo, anzi protestando contro i sistemi. Ma poniamo da parte la filosofia. Cosa insegnò la chimica seriamente al patologo delle alterazioni caratteristiche di qualità e di quantità de'principi costitutivi del sangue, e de'tessuti nella infiammazione e nella infezione palustre? Molte le analisi, moltissimi i risultati, ma problematico il frutto; epperò conchiusioni poetiche. Cosa divennero la iperinosi primitiva del sangue, la scemata alcalinità, e tanti altri mutamenti che la chimica voleva farci credere essere le vere alterazioni del sangue nella flogosi?

Meteore, stelle cadenti, che si credettero per poco veri astri. Ebbene senza dilungarmi di troppo, dalle condizioni della scienza emerge oggidì chiaramente, che gli studi di chimica arricchiranno senza dubbio la patologia di importanti risultati, ma che sono ben lontani dallo svelarci le vere alterazioni del sangue e dei liquidi blastematici, sì che possa crearsi una statica chimica dei fenomeni della vita in ogni malattia. Non bisogna farsi illusioni con le cifre e coi calcoli. Se le difficoltà di chiarire tutto il meccanismo chimico dei fenomeni biologici non sono manco tutte sormontabili nella fisiologia, nella patologia poi queste difficoltà diventano colossali ed il medico veramente scienziato ne rimane oppresso. La ragione di queste difficoltà basta enunciarla. Le condizioni fisico-chimiche di esistenza dei fenomeni morbosi sono infinitamente più svariate, e massime nelle malattie acute eminentemente instabili. Nella chimica fisiologica, le difficoltà consistono nel determinare la costituzione molecolare della materia vivente per poi scoprire le leggi che presiedono alla lunga serie di combinazioni o di sdoppiamenti che in essa avvengono. La quistione sembra di tempo ed il chimico ha tutto il tempo per moltiplicare le ricerche e controllarle e perfezionarle per ogni tessuto e per ogni organo perchè i fenomeni fisiologici stanno là pazienti ad aspettarci ed incessantemente si riproducono senza tema che il domani neghi allo sperimentare la opportunità dell'oggi. E nondimeno quando si pensa che questi fenomeni chimici propri ad ogni organo ed ad ogni tessuto sono straordinariamente complessi, parrebbe poco probabile che si possa un giorno scovrire tutta la evoluzione delle metamosfosi organiche. Ma nello stato morboso la cosa è ben diversa. Per scoprire le condizioni fisico-chimiche, capaci di determinare quel tale o tale altro fenomeno, bisognerebbe il più delle volte sorprenderle e poterne sospendere il corso e le fasi progressive ulteriori, il che è assolutamente impossibile. La patologia in conseguenza non conosce davvero le svariate alterazioni dei principi costituenti il sangue nelle diverse infermità, epperò non può domandare un rimedio chimico alla farmacologia. Sarebbe bellissimo il ridurre la cura delle malattie ad una vera reazione o prepara-

Digitized by Google

zione di chimica, aggiungendo o neutralizzando, siccome si farebbe in un bicchiere da saggio, e siccome faceva il patologo quando amministrava il solfato di soda per produrre solfato di piombo nello stomaco dello avvelenato saturnino. Ma nel torrente della circolazione e nella trama degli organi le reazioni chimiche han luogo sì, ed assai più numerose di quello che possiamo pensare, ma con leggi a noi ignote, poichè noi ignoriamo la vera costituzione fisico-chimica delle materie viventi, sicchè gli sdoppiamenti e le reazioni escono assolutamente dalla sfera delle nostre previsioni. I patologi che hanno sconosciuto questa verità fondamentale, e che si sono ostinati a ricercare nelle analisi del sangue la vera chiave del meccanismo patogenico e della cura, sonosi rivolti alla farmacologia esprimendole illusoriamente lo stato delle cose. Anche ammessa la maggiore perfezione nelle ricerche, essi hanno preso per punto di partenza l'alterazione chimica ritrovata, credendola la vera causa del male, mentre al più questa alterazione può esprimere uno dei momenti del chimismo di questa o di quella malattia, e nulla svela sui primi scalini e su la serie dei mutamenti fisico-chimici propri a ciascuna. Questa serie si è allora costruita con le formole e sui dati che fornisce la chimica del gabinetto. Ma in tal caso la domanda che si fa alla farmacologia è poggiata sopra una base ipotetica, e la indicazione curativa che ne deriva non è punto una indicazione razionale. Tutto al più quel rimedio potrà condurre alla cura sintomatica ed attenuare gli effetti ultimi del male, ma non mai raggiungere la cura completa e definitiva di esso. Così è avvenuto per la infiammazione, per la febbre palustre e per tutte le malattie, quando si è cercato un rimedio fondato su la esistenza presuntiva di reazioni nel sangue, analoghe a quelle che la chimica sa produrre fuori dell'organismo. Nè meno fallace guida la chimica fornì alla farmacologia quando, indicandole che nella composizione di quel tale o tale altro tessuto ammalato mancava la debole proporzione dei diversi principi organici o minerali, le fece credere che la naturale indicazione terapica a soddisfare fosse l'amministrazione della sostanza che faceva difetto. Divero, cosa importa alla farmacologia che la produzione della materia amiloide nell'organismo infermo provenga da una desalcalinizzazione dell'albumina (Dickinson), o che nell'atassia locomotrice vi sia una deficienza di fosforo nella polpa nervosa (Frey)? Quando anche questi risultati analitici fossero esattissimi non ne deriva punto che il bicarbonato di soda nel primo caso ed il fosforo nel secondo sieno indicati a guarire la malattia. Questo rapporto terapico fra la diminuita proporzione di alcali, combinato con l'albumina e la forma della materia amiloide, implicherebbe un rapporto causale che non esiste; poichè quella scemata alcalinizzazione non è provenuta da un'insufficiente proporzione di soda introdotta con gli alimenti dal mondo esteriore, ma da un profondo pervertimento dei lavori nutritivi, prodotto da svariate cagioni, che ha impedito la formazione delle combinazioni albumino-sodiche nelle debite proporzioni, e di cui in conseguenza la stessa desalcalinizzazione dell'albumina non è che uno degli effetti, uno scalino intermedio, che invano sarebbe curato o prevenuto con l'amministrazione del bicarbonato di soda, di cui quell'organismo può anche non avere difetto. Dicasi lo stesso del fosforo nell'atassia locomotrice, o nella diatesi tubercolare, dei sali calcarei nel rachitismo e di molti altri esempi in cui si è accettato senza esame il rapporto terapico, fra la lacuna supposta o dimostrata dall'analisi e la sostanza capace chimicamente di riempirla, e si è proclamato in buona fede che queste erano indicazioni terapiche razionali; mentre in realtà non sono che indicazioni grossolanamente ipotetiche. Senza dubbio sono seducenti, perchè mascherate dai più delicati progressi della scienza; ma che vale per la farmacologia se esse sieno figlie della chimica di Paracelso o di Liebig? Sono sempre figlie illegittime a cui sarà sempre negata la paternità del metodo sperimentale, epperò non bisogna meravigliarsi se da una parte la clinica fa ogni giorno giustizia di tutte le chimeriche speranze che scaturiscono da questa fonte, e dall'altra il vero indirizzo scientifico insegna al medico pratico come al naturalista, che in un tempo nel quale la chimica fisiologica dimostra che la reazione del sugo muscolare cangia per la contrazione del muscolo e la sostanza cerebrale diventa acida durante la veglia ed alcalina durante il sonno (Heynsius e Funke), in un momento infine nel quale la teoria meccanica del calore scopre nuovi punti di vista e rende assai più complessi gli effetti del chimismo animale; è per lo meno assai prematuro l'edificare sistemi curativi sopra le crollabili basi della chimica patologica. Esistono bensì dei casi nei quali la conoscenza dell'alterazione chimica conduce rigorosamente, o con sicurezza, a trovare il rimedio; ma questi casi sono precisamente quelli, di cui io parlai più sopra, in cui ci sono note tutte le condizioni di esistenza della materia su la quale si deve agire. La eccedenza dell'acidità del succo gastrico si neutralizza certamente con l'uso degli alcalini, salvo a curarne il primitivo e non sempre identico artefice; delle iniezioni alcaline vaginali distruggeranno perfettamente la acidità di un flusso uterino, dannosa alla vita degli spermatozoi, e faranno sparire una antica e misteriosa sterilità; l'acido fenico o i solfiti arresteranno la putrefazione, iniettati nel cavo di un ascesso o nell'interno della vescica orinaria; ecco delle applicazioni curative che la chimica patolo-

Digitized by Google

gica domanda a buon dritto alla farmacologia. La legge che si ricava da questi studi può formolarsi così: *Le indicazioni terapeutiche razionali, poggiate sopra reazioni chimiche, hanno valore in proporzione inversa della profondità ed intimità delle alterioni morbose che si vogliono combattere. Esse sono certe nelle cavità accessibili direttamente dagli agenti esterni, probabili quando si tratta di distruggere o neutralizzare materie morbifere pervenute nel sangue dal mondo esteriore senza alterarne la costituzione, problematiche o impossibili per le alterazioni già avvenute nella costituzione del sangue o nella evoluzione dei tessuti.*

(continua)

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

RIVISTA TERAPEUTICA

DEL

DOTT. CLODOMIRO BONFIGLI.

(Continuazione e fine, vedi il N. 1).

22. Il decotto di **china** ad alta dose, già proposto dal Gonnelli nel 1867 contro l'anasarca cronico, è stato ora sperimentato di nuovo dal Dott. Del Bubba, il quale ha comunicati alcuni casi di sua osservazione, il cui il metodo del Gonnelli gli ha prestati eccellenti servigi. L'azione della china in questa malattia, è ignota; forse secondo noi agisce indirettamente come diuretica, ridonando la tonicità ai vasi, ed aumentando così la pressione intravascolare. In alcuni malati osservati nella nostra clinica, il decotto di china ha corrisposto pure egregiamente, ed in specie unito ai sali medi secondo il metodo di Frank. La dose della china impiegata per ogni decotto, è stata da 20 a 50 grammi. — Fra gli alcaloidi della china, Binz ha esperimentata con utilità la *chinoidina*, ed ha osservato che ha un'azione identica a quella della chinina. Solo necessita aumentare la dose del doppio; sotto il rapporto finanziario è però questa scoperta di molto importanza, perchè il prezzo della chinoidina, sta a quello della chinina, come 1 : 28; i sali di chinoidina essendo igroscopici devono amministrarsi in soluzione. — Anche *l'acido chinovico* è stato soggetto di studio per Binz, il quale lo riguarda con Kerner, come uno dei migliori amaro-tonici, che può esser dato anche a grandi dosi, senza produrre alcun sintoma cerebrale.

23. Il **solfato di bussina** preparato per la prima volta dal Pavia, che lo estrasse dal *buxus sempervirens*, fu già esperimentato dal Vitali e da altri medici lombardi, contro le febbri intermittenti miasmatiche. Ora il Dott. Francesco Mazzolini ha presentato un resoconto di tutte le cure fatte col nuovo rimedio, da cui risulta che di 308 casi di febbri intermittenti a vario tipo, ne sono guariti 235. Mazzolini dice, che volendo adoperare il solfato di bussina, si deve incominciare coll'amministrarne 12 o 15 decigrammi nella giornata, e che si deve preferire la forma pillolare, perchè la soluzione riesce talora irritante sulla mucosa dello stomaco e degli intestini. Sinora il nuovo febbrifugo non è stato esperimentato nelle forme gravi. Avrebbe il vantaggio di esser poco costoso, e di non apportare facilmente dolore di capo, ronzio alle orecchie e costipazione di ventre. Nell'amministrarlo gioverà badare che nel ventre non vi sieno serie complicazioni a fondo flogistico, o troppo viva sensibilità.

24. **Balsamo di copaive.** Il Dott. Henri Almès comunica cinque casi di emottisi, curati felicemente con l'uso delle capsule gelatinose al balsamo di copaive. L'effetto ne fu in ogni caso sorprendente, giacchè l'emorragia veniva frenata quasi immediatamente dopo l'amministrazione del rimedio. Almès crede che possa utilmente impiegarsi anche nelle emorragie dell'apparato genito-urinario, quando non dipendano da considerevoli alterazioni di tessuti. — Nello stesso balsamo Garrod e Duffin hanno riconosciuta un'azione diuretica, quando sia amministrato a piccole dosi. In un caso di Duffin, il malato dell'età di 51 anni, aveva un'ascite considerevole per cirrosi, ed emetteva appena 10 once al giorno di orina non albuminosa. Il copaive alla dose di 15 gocce in 30 grammi di acqua di cannella, preso 3 volte al giorno, fece elevare la quantità dell'orina emessa, sino a 60 once al giorno, e produsse per qualche tempo la scomparsa dell'ascite.

25. La **benzina** già adoperata dal Löchner contro la tosse ferina, è stata esperimentata con buon successo in numerosi casi di tale malattia dal Dott. Bottari, il quale ha comunicate le sue osservazioni alla Società medica-fiorentina. Secondo Bottari l'uso della benzina è a preferirsi di molto alle aspirazioni dei gas nelle sale di depurazione del gas illuminante, già commendate, dal Diday, Rater, Comminge ed altri. La benzina avrebbe il vantaggio di potere esser meglio dosata secondo la tolleranza e l'età dei malati, e di più non troverebbe contro-indicazione nella coesistenza di un forte catarro bronchiale, o di una incipiente flussione polmonare. Però la benzina riuscirebbe utile soprattutto, quando la pertosse si trova già nel 2.° stadio, e quando non esistono complicazioni dal lato dei visceri respiratori. Il Bottari l'ha amministrata internamente alla dose di 10 a 20 goccie in 100 grammi di sciroppo di gomma da consumarsi nella giornata, e talora l'ha fatta anche aspirare, ponendola ad evaporare in un piatto, e formando così al malato un'atmosfera simile a quella delle sale di depurazione del gas illumiuante.

26. Il **tannino** secondo le esperienze instituite da Binz intorno all'assorbimento della caffeina e della theina, avrebbe la proprietà d'impedire l'assorbimento degli alcaloidi. Pertanto Binz lo crede commendabile nei casi di avvelenamento per basi vegetali. L'applicazione è difatti perfettamente razionale, ma per solito nei casi di avvelenamento si ha scienza di esso, solo quando ne sono comparsi i sintomi, e quindi quando l'assorbimento è già avvenuto. Tuttavia gli studi di Binz non saranno per riuscire infruttuosi in certi casi spe-

Digitized by Google

ciali, e dove necessiti d'impedire un ulteriore assorbimento del veleno, che si può supporre esistente ancora in parte nel tubo digestivo.

27. M. C. Paul, ha ottenuto un nuovo successo col **cubebe** contro l'angina cotennosa: egli si è servito dell'estratto di cubebe preparato col metodo di Dausse, cioè con l'acqua, l'alcool e l'etere, e ne ha confezionata una polvere così composta: estratto di cubebe 1, polvere di zucchero 7, e gomma in polvere 2. Ogni cucchiaio da caffè di questa polvere, che pesi grammi 2,50, contiene 0, 25 di estratto. Paul ne fa prendere nel primo giorno 4 cucchiai, ed ogni cucchiaio lo stempera in un poco di acqua semplice: in seguito porta la dose sino a 6 cucchiai.

28. Il **cloruro di ferro** è stato adoprato dal Dottor Crighton contro molte malattie febbrili. In un'epidemia di difterite, Crighton amministrò la tintura di cloruro di ferro unita all'acetato di ammoniaca, (4 a 15 goccie in 4 ad 8 grammi di acetato di ammoniaca ogni 2-3 ore), e chiama questa miscela un rimedio inestimabile nel primo stadio di ogni affezione flogistica. Le malattie contro cui l'autore ha trovato più efficace questo rimedio, sono la tonsillite, il tifo nel primo stadio, la scarlattina, la nefrite albuminosa acuta, e la metrite e la peritonite: in queste ultime malattie, lo ha amministrato in sul principio, unendovi l'uso esterno dell'olio essenziale di trementina: ordinariamente bastano poche ore (?), per togliere il malato da un estremo pericolo. L'azione di questa mistura, secondo Crighton, si dispiega producendo la diaforesi, procurando la contrazione dei capillari, e dando al sangue il mezzo di rinnovare i globuli rossi, che ordinariamente molto presto si disfanno nelle infiammazioni e nelle malattie febbrili. — Schaller raccomanda il percloruro liquido e concentrato come caustico contro le affezioni pseudo-membranose, e diluito (1 gram. in 20), applicato anche col polverizzatore, contro le ulceri difteriche, il croup, ed ogni forma di angina. — Cornil ne adopera la soluzione polverizzata col nefogeno, contro l'emoptoe dei tisici. La soluzione viene composta con 4 grammi di percloruro di ferro a 30.° in 100 grammi di acqua.

29. Il **iodato di ferro** viene proposto da A. Cameron in sostituzione al ioduro di ferro, che si altera tanto facilmente. W. Moore lo ha usato in 25 casi senza vedere mai insorgere fenomeni di iodismo. Dowel lo ha messo in opera felicemente in un caso, in cui non venivano tollerati nè il mercurio, nè gli altri preparati di iodio. — Il iodato di ferro è una polvere giallo-rossastra, e si amministra alla dose di 10 a 30 centigrammi in pillole, boli, od elettuario.

30. Lo **iodio** è stato recentemente adoprato con ottimi risultati dallo Schmitt contro l'epilessia, nei casi in cui questa infermità si è rinvenuta in persone deboli e cachetiche, e che presentavano i sintomi della così detta debolezza irritabile degli autori. Lo Schmitt pone in rilievo, come l'azione dello iodio si manifesti ben diversamente, secondo che i malati che ne fanno uso sono forti e robusti, ovvero si trovano nella condizione inversa. Nel primo caso anche a piccole dosi, produce dolore di capo, oscuramento di vista, sussurro nelle orecchie e tremore nelle membra, nel secondo poi, dà maggiore serenità e gagliardia al malato, e fa svanire prontamente le vertigini, il dolore di capo, e l'intorbidamento della vista, che prima lo travagliavano. Schmitt nei malati di epilessia che si trovavano nelle condizioni sopraindicate, ha fatto prendere lo iodio sotto forma di tintura, ovvero in pillole: ordinariamente 4 a 6 goccie di tintura per ogni giorno, commiste a qualche acqua aromatica, ed amministrate per lungo tempo, bastarono a condurre a termine la cura. Fra 27 malati, l'autore conta 8 guarigioni complete, e 4 miglioramenti; degli altri 15, 4 non tollerarono il rimedio, ed 11 non vi trovarono alcun vantaggio, come non lo trovarono anche con altri mezzi curativi. — Willebrand medico nelle coste meridionali della Finlandia, dove sono endemiche le febbri intermittenti, ha trovato, che lo iodio vale a combattere questa malattia come la china, e che anzi meglio di questa ne previene le recidive. Venti osservazioni pubblicate dall'autore, appartengono al 1868, sicchè ha potuto seguire i malati per un tempo abbastanza lungo, affine di accertarsi, che le recidive non siano realmente avvenute. In otto casi la febbre era accompagnata da sintomi gravissimi. Willebrand fa una soluzione di 1 gramm. di iodio e 2 di ioduro di potassio in 10 grammi di acqua distillata, ed ogni due ore ne amministra 5 goccie in un poco di acqua. Le febbri semplici e recenti, cedono ordinariamente dopo il secondo accesso, e quelle gravi ed inveterate esigono 4-5 giorni di cura. — Il Dott. Fürst, ha raccolto molti casi della clinica ginecologica e della pratica del Prof. Braun, in cui cisti ovariche di diverse specie, furono guarite radicalmente con le iniezioni iodate nell'interno della cisti. La soluzione da iniettarsi ha variato da un'oncia a due di tintura di iodio, unita ad una dramma di ioduro di potassio e 6 oncie di acqua. — Il Dott. Beer in seguito a proprie esperienze controllate anche da illustri clinici tedeschi, ha potuto stabilire, che lo iodio può essere trasportato entro i tessuti per mezzo della corrente galvanica. Tale scoperta è molto importante, in quanto che gli essudati flogistici possono venire disciolti direttamente dall'azione dello iodio, e così esser più facilmente riassorbiti. L'esperienza, ha confermata l'efficacia di questo nuovo metodo di trattamento locale *elettrolitico* degli essudati flogistici. Beer ha costrutte diverse forme di elettrodi per le diverse parti del corpo in cui devonsi applicare. Essi sono vuoti, e fatti di platino, metallo buon conduttore e non ossidabile. In uno di essi (polo negativo), viene posta una soluzione di ioduro di potassio (1: 2), e nell'altro (polo positivo), l'acqua distillata. Tali liquidi, vengono contenuti dentro l'elettrodo da una membrana molto porosa e conduttrice. Il ioduro di potassio posto nel polo negativo, si decompone in iodio e potassa, e l'acqua in idrogeno ed ossigeno. L'alcali rimane al polo negativo, e lo iodio convertito in acido idroiodico passa attraverso i tessuti e va al polo positivo, dove infatti si riscontra con le note reazioni. Nelle esperienze sugli animali, Beer ha potuto constatare nei muscoli e nel tessuto cellulare frapposto ai due poli, la presenza dello iodio che li attraversava nel momento in cui era stata interrotta la corrente. Negli uomini in cui ha applicato questo metodo elettrolitico, non ha mai rinvenuta traccia di iodio nell'orina. L'applicazione dello iodio era stata quindi strettamente locale.

31. Il **ioduro di potassio** è stato adoprato con fortuna dal Dott. Baudon in parecchi casi di albuminuria. Nelle storie di questi casi, narrate a sostegno di questa nuova

Digitized by Google

veduta terapeutica, non è specificato, se l'albuminuria dipendesse da nefrite, o da altre circostanze: però si trattava di casi abbastanza gravi, giacchè i malati relativi, erano molto deboli, ed anasarcatici. In due di essi, il ioduro di potassio fu portato dalla dose di 2 grammi, sino a quella di 18 grammi (!) al giorno, quindi essendo sopravvenuti fenomeni di iodismo, ne fu diminuita gradatamente la quantità, e si ottenne la definitiva guarigione, in un caso, dentro 3 mesi, e nell'altro in 1 mese. In un caso in cui era riuscito inefficace il ioduro di potassio, si adoperò il *ioduro di calcio* dandolo alla dose di 0, 40 a 1, 50 grammi al giorno. In tutti questi casi fu però unito ad un tale trattamento anche l'uso del decotto di china, e del ioduro di ferro, cosicchè sino a tanto che nuovi fatti non confermeranno quest'azione medicamentosa dei ioduri, non possiamo decidere, se la guarigione si sia dovuta ad essi, o non piuttosto al ferro, od al decotto di china, già commendato in simili casi anche dal Gonnelli. — Il ioduro di potassio, ha ricevuta una nuova applicazione anche dal Dott. Jakubowitz, il quale ha praticato con questa sostanza le iniezioni intraparenchimatose nelle tonsille, nei casi di ipertrofia cronica di questi organi. I risultati che ne ha ottenuti sono stati abbastanza soddisfacenti. La soluzione di ioduro di potassio (50 centigrammi in 30 grammi di acqua), veniva iniettata con la sciringa di Pravaz nel centro della tonsilla, e nella quantità di mezzo ad un sifone per ogni volta. — 10-15 sedute dentro 4-6 settimane, sono state ordinariamente sufficienti a produrre l'atrofia delle tonsille ipertrofiche, anche nei casi di data molto antica.

32. Il **iodoformio** è stato studiato nella sua azione cicatrizzante ed anestetica locale da Nieszkowski, il quale dalle osservazioni proprie, e dalle antecedenti di altri autori (Eastalke, Nunn, Lallier, Demarquay ecc.), ha potuto trarre le seguenti conclusioni. 1) Il iodoformio può esser adoperato con vantaggio nelle piaghe che presentano poca tendenza alla cicatrizzazione, e principalmente nelle ulceri molli con o senza fagedenismo, nei buboni suppurati, ed anche, benchè meno utilmente, nelle ulceri sifilitiche indurate. 2) Contro le stomatiti mercuriali ribelli. 3) Come anestetico locale nel carcinoma dell'utero molto dolente, nelle fessure dell'ano e nelle ulceri. Le forme farmaceutiche con cui lo hanno adoperato i diversi autori, sono *a)* polvere finissima, *b)* suppositori al burro di cacao, *c)* pomata iodoformizzata, *d)* collodion iodoformizzato.

33. Le iniezioni sotto-cutanee di **sublimato corrosivo** nella cura della sifilide, sono state nuovamente esperimentate con utilità da Boese, Klemm, Merscheim, Grünfeldt e Stöhr. La dose del sublimato per ogni iniezione, è stata diversa, come anche diverso è stato il numero delle iniezioni per ogni giorno. In 8 malati di Boese fu iniettato due volte al giorno 1 centigr. di sublimato sciolto in 25 di acqua: ogni malato ebbe in media 60 centigr. di sublimato. Klemm fece un'iniezione al giorno di circa 5 milligr. per volta, e Merschein 2 iniezioni, di 2, 3 sino a 4 milligr. La durata della cura fu in alcuni casi di un mese, ed in altri anche di tre mesi.

34. Il **nitrato d'argento** è stato impiegato con massima utilità dal Dott. Caradec di Brest, in un caso di paraplegia reumatica. Egli lo amministrò a dose crescente da 1 centigr. sino ad 8 al giorno. La paralisi esisteva da un anno quando fu incominciata la cura; il miglioramento si cominciò ad avverare dopo tre settimane, e dopo tre mesi la guarigione già era completa. — Vignard riferisce pure sopra alcuni casi di cefalalgia, ostinati, guariti rapidamente col suddetto rimedio. Egli ne amministrava sino a 10 centigr. nella giornata, impastati con la mollica di pane e divisi in 6 pillole, di cui ne faceva prendere una ogni ora.

35. **Acetato di potassa.** Il Dott. Marrotte mercè numerose esperienze, ha potuto constatare, che questo sale esercita un'azione calmante sulle mucose malate dello stomaco e degli intestini. Quest'azione si osserva tanto nei casi di processi morbosi acuti, quanto di cronici, continui e remittenti; però si dispiega principalmente negli stati irritativi della mucosa in questione, non complicati, e noti sotto il nome di febbre catarrale. Si deve preferire l'acetato neutro, e si amministra alla dose di 2-6-8 grammi nelle 24 ore, divisi in 4 o 5 dosi. Forse l'azione fisiologica di questo rimedio, è identica a quella dei carbonati alcalini.

36. Il **bicarbonato di soda, ed il carbonato di magnesia** vengono altamente commendati dal Dott. Trötzscher nella cura del tifo. Trötzscher secondo le circostanze adopera anche altri rimedi, ma quasi sempre nei primi periodi della malattia, amministra 8-12 grani di carbonato di magnesia, con 3 a 6 grani di bicarbonato di soda ogni 2 o 3 ore in sufficiente quantità di acqua fredda. Questi due sali danno luogo nello stomaco alla formazione di acido carbonico libero, carbonato semplice di soda, e magnesia usta (?): l'acido carbonico attutisce la esaltata sensibilità dei nervi dello stomaco, ed eccita l'attività muscolare di quel viscere, mentre la magnesia va ad agire sulla diarrea diminuendo l'irritazione intestinale, e il carbonato di soda assorbito favorisce la secrezione biliare, e saponifica gli acidi grassi della bile.

37. La **colequintide** sembra che voglia esser tratta dall'obblio in cui giace, dai Dottori Crighton e Gubler; questi autori la credono un purgativo prezioso, in tutti i casi in cui non esiste infiammazione delle prime vie. Crighton adopera a preferenza la tintura alla dose di 30 a 60 centigr. in un poco di acqua, un'ora avanti il pasto del mattino. Gubler preferisce l'estratto, che forma anche la base delle pillole di Morison.

38. I **semi di zucca** già adoprati anticamente contro la tenia, vengono ora riguardati come il miglior rimedio contro questo parassita, dal Dott. Semeleder esercente nel Messico. In molti casi dove erano riusciti inutili tutti gli altri antelmintici, Semeleder ha provocata l'espulsione della tenia con questo rimedio. I semi di zucca venivano amministrati, alla dose di 6 once, macinati e ridotti in poltiglia con s. q. di acqua, nella mattina a stomaco digiuno, e dopo un'ora circa si dava un'oncia e mezza di olio di ricino. Se dopo il mezzogiorno non era stata evacuata la tenia, si faceva un clistere lassativo. Il rimedio veniva sempre preso più facilmente del kousso, del kamala, e della corteccia di melo granato, e mai cagionava disturbi negli organi della digestione.

39. L'estratto etereo di **radice di felce maschio** è stato riconosciuto come il miglior tenifugo per le numerose esperienze fatte da M. Hepp di Strasburgo. Le esperienze sono

Digitized by Google

state comparative con tutti i tenifughi conosciuti, e sono state molte, perchè in quella città la tenia è comunissima. Hepp pone molto peso al modo con cui viene preparato il rimedio, ed attribuisce ad un difetto di preparazione, gl'insuccessi che si sono avuti nelle cure fatte sin da tempi remoti con questo tenifugo: egli fa cogliere i rizomi verso il mese di Settembre, e quindi sceglie quelle parti che offrono un bel color verde nel punto di sezione là dove le foglie s'inseriscono nel rizoma, rigettando quelle parti in cui la superficie del taglio è di colore giallo o nero. L'estratto etereo vien preparato secondo il metodo conosciuto, e si deve avvertire soltanto di adoprare l'etere *purissimo*. Hepp con detto estratto fa boli del peso 3 grammi, e con le parti verdi accennate, confeziona anche una polvere. Per la cura, si pone il malato a dieta la vigilia del giorno stabilito, e nella sera si dà un leggiero purgativo. La mattina 4 boli uno ogni cinque minuti, ed in appresso 4 cartine della polvere, ognuna di 3 grammi. Nella sera istessa 40 grammi di olio di ricino. Hepp ha ottenuta sempre la guarigione.

40. **L'olio di trementina,** è stato esperimentato con buon successo da v. Erlach nelle malattie parassitarie della cute. Dentro 30 giorni con le spennellature di detto olio, ha guarito un erpete tonsurante, e dentro poche settimane parecchi casi di pellagra (?). L'olio di trementina secondo v. Erlach, può anche sostituire l'olio di sabina suggerito da Pincus per frizioni nel 2.° stadio dell'alopecia pityrodes (5 a 10goccie in 30 grammi di alcool). — Lücke lo ha esperimentato nell'eresipela delle ferite: le spennellature fatte con questo rimedio sulle località affette, hanno prodotta la guarigione in 8 casi dentro 2-3 giorni. Lücke riguarda la eresipela delle ferite come una malattia d'infezione, e crede che l'olio di trementina penetrando profondamente nei tessuti, sia capace di alterare la sostanza infettante.

41. Il **creosoto** è stato posto in uso da Pécholier contro la febbre tifoide, alla dose di 3 gocce al giorno in 120 grammi di liquido aromatizzato da prendersi a cucchiai. Contemporaneamente faceva fare anche due clisteri al giorno pure con 3 o 4 gocce di creosoto. Pécholier dalle esperienze fatte su circa 60 malati, ha potuto concludere, che l'indicato trattamento, specialmente se messo in opera nei primi giorni, diminuisce l'intensità della malattia, e ne accorcia la durata.

42. L'**acido carbolico** (*fenico*) è stato soggetto di studio per parte di molti osservatori, ed è stato tentato contro diverse malattie, tanto per uso esterno, come dato internamente. Senza pretendere di portare il nostro giudizio sui diversi risultati ottenuti, (talora in opposizione tra loro, come suole avvenire per tutti i rimedi nuovi, che eccitano bene spesso il fanatismo), ci contenteremo di brevemente accennarli, attendendo che ulteriori esperienze, permettano di stabilirne il vero significato. — Uso esterno. — Markey lo ha adoprato contro l'oftalmia scrofolosa in due bambini con completo successo, non ostante la ostinatezza del male contro gli altri rimedi. Il collirio era composto da una goccia di acido carbolico, 5 di glicerina e 30 grammi di acqua. — Neumann se ne è servito in soluzione concentrata, contro le leggiere forme di lupus maculosus, tuberculosus, ed erythematodes; però la cura era sempre più lunga con questo, che con altri rimedi caustici. Ottimi effetti avrebbe prodotti nelle efflorescenze sifilitiche, (ulceri, condilomi), e nell'eczema squamoso. — Coleman lo raccomanda specialmente contro la psoriasi e l'impetigine, applicato sulla località affetta alla dose di un grammo in 240 di acqua e glicerina. — Clark lo ha riconosciuto utile nell'ozena, e nel catarro dei crassi, iniettandone una soluzione, dopo aver nettate le parti malate con iniezioni di soluzioni alcaline. — Maconchy e Mac-Cormac, riferiscono molti casi in cui l'acido carbolico avrebbe prestati eccellenti servigi nel trattamento delle ferite, anche in seguito ad operazioni chirurgiche, applicato col metodo di Lister: l'effetto costante sarebbe stato di rendere scarsissima la suppurazione, e molto più rara la pioemia, il turgore flogistico e la febbre traumatica. Anche Watson in Edimburgo, ha adoprato con molta utilità l'acido carbolico unito alla glicerina, per medicare la superficie delle ferite. W. Roser e John Wood, al contrario degli altri medici citati, dicono, che avendo fatte molte esperienze spogli da ogni prevenzione, sono ben lungi dal poter accordare all'acido carbolico un'azione tanto benefica sulle ferite, e che anzi hanno veduto talvolta risvegliarsi infiammazioni flemmonose, dietro l'applicazione di esso, su ferite già granulanti, ed in tal modo farsi più lenta la guarigione. — Nella bronchite cronica, sono riuscite utili a Clark le inalazioni coll'acido carbolico ridotto in nebbia (6 centigrammi in 180 di acqua). Fuller lo fa inalare in soluzione più concentrata (5 a 10 gocce in 30 grammi di acqua), nelle affezioni ulcerose della faringe e del laringe. — *Uso interno.* — Murchison dice di averlo esperimentato con utilità nel tifo, e specialmente nei casi con considerevole meteorismo (grammi 1, 50 a 2, 50 in 600 di acqua; 30 grammi ogni 2 o 3 ore). — Buchanan e Weber non confermano l'utilità di questo rimedio contro il tifo. — Barraut lo ha adoprato con vantaggio nell'Isola Maurizio contro più di 20 casi di febbri intermittenti alla dose di 6 centigr. in 30 di acqua ed alquanta acquavite, 3 volte al giorno. — Clark dice, che è molto utile contro i vomiti dipendenti specialmente da catarro cronico dello stomaco e da gravidanza, alla dose di 15 milligrammi p. d. ed a stomaco digiuno. In due casi di vomito sieroso, in cui erano riusciti infruttuosi gli altri rimedi, l'acido carbolico produsse la guarigione alla dose di 6 centigrammi unito al bismuth ed all'oppio. Anche nella broncorrea, secondo Clark dispiegherebbe un'azione benefica alla dose di 3 centigrammi nell'acqua, più volte al giorno. — Nella clinica del Professor Hebra è stato esperimentato contro la sifilide, su 10 uomini e 14 donne, che avevano sulla pelle esantemi sifilitici ora maculosi, ed ora papulosi e pustulosi. Il rimedio venne amministrato sotto la forma di pillole, unito all'estratto ed alla polvere di liquirizia: ogni pillola conteneva 6 centigr. di acido carbolico, e ne furono amministrate da 6 a 9 al giorno sino a 20, ed in qualche caso sino a 60. Gl'indicati esantemi sotto l'uso di tale rimedio, migliorarono o svanirono interamente dentro 4-7 settimane. Tale risultato però non è bastante per far raccomandare l'acido carbolico contro la sifilide, perchè i mercuriali agiscono molto più rapidamente, e perchè l'acido carbolico è del tutto inerte contro le affezioni sifilitiche delle ossa, i dolori articolari ecc., che quasi sicuramente possono esser rimossi col mercurio e con lo iodio. — Anche Neumann lo ha sperimentato

Digitized by Google

per uso interno contro la sifilide, la prurigine e la psoriasi, però quest' osservatore non ne avrebbe veduto seguire la guarigione, che per la psoriasi non inveterata, e non molto diffusa.

43. Il **solfo-carbolato di zinco** viene preferito da Wood all' acido carbolico per la medicatura delle ferite, giacchè avrebbe le stesse virtù di quest' ultimo, senza avere la sua azione irritante. Questo rimedio la cui formola è $C_{12} H_5 Zn O_2 2 SO_3 + Aq.$: cristallizza in lamine romboidali. Wood lo adopera in soluzioni acquose di 20-25 centigrammi in 30 grammi. Tale soluzione sembra avere una speciale efficacia anche contro la gonorrea.

44. L' **olio essenziale di senape** viene usato dal Prof. Cantani per farne pennellazioni contro le nevralgie, lungo il tragitto del nervo; ordinariamente con tale metodo di cura, il Professore di Napoli asserisce aver guarite nevralgie anche ribelli nel termine di pochi giorni. Quando la nevralgia esiste in una località, dove un' eresipela potrebbe avere una seria conseguenza, come nella faccia e nel cuoio capelluto, l' olio di senape deve essere allungato con una parte eguale di alcool.

45. **Iplocorito di calce.** Hitzig e van den Corput, adoperano questo medicamento alla dose di 2 a 4 grammi sciolto in 200 di acqua distillata, per iniezioni contro le uretriti croniche; se vi ha dolore o suscettibilità troppo grande, v. Corput aggiunge alla soluzione 4 ad 8 centigr. di cloro-idrato di morfina. Uretriti, che avevano resistito alla maggior parte degli altri rimedi, sono state vinte prontamente con questo.

46. Il **tartaro emetico** in vista della sua attività locale sui tessuti, è stato impiegato con successo da Krafft-Ebing per guarire radicalmente i tumori cistici della pelle del capo. Krafft-Ebing ne ha fatta una soluzione di 65 centigrammi in 15 grammi di acqua distillata, e ne ha iniettate alcune gocce con la sciringa di Pravaz nel centro della piccola cisti. Dopo pochi giorni esercitando una pressione sul tumore, veniva cacciata fuori la cisti tutta intera, attraverso del foro praticato per la iniezione, i cui contorni erano rammolliti o mortificati. I tumori curati e guariti con tale metodo sono stati molti, e della grandezza di una fava, sino a quella di un uovo di piccione.

47. Il **cloruro di zinco** venne esperimentato dal Dottor Reale di Napoli, contro la blennorragia e la congiuntivite blennorragica. Reale se ne è servito nel 1.° e nel 3.° stadio di queste malattie, cioè in quello d' iperemia ed in quello di rilasciamento. La guarigione è stata ottenuta sempre più prontamente che cogli altri rimedi caustici ed astringenti. La soluzione veniva composta con un grammo di cloruro di zinco e 75 grammi di acqua distillata per la blennorragia uretrale, e con un grammo di detto farmaco in 60 di acqua per la congiuntivite.

48. L' **acido cromico**, viene raccomandato da Tobold come caustico, contro il papilloma del laringe; egli l' adopera in soluzione concentratissima, giacchè gli basta di far sciogliere l' acido all' aria umida senza aggiungervi affatto acqua. Secondo Tobold questo caustico sarebbe preferibile ad ogni altro per prevenire le recidive, circostanza, che da un altro lato viene negata decisamente dal Waldenburg.

49. L'**acido lattico** è stato adoperato dal Dott. A. Weber contro il croup, come dissolvente delle pseudo-membrane, facendolo inalare col polverizzatore alla dose di 15 a 20 gocce in 15 grammi di acqua per ogni seduta, che da principio veniva fatta ogni mezz' ora, e quindi, diminuendo l'ansietà del respiro, ogni due o tre ore. Weber avverte che nel fare queste inalazioni, devono tenersi coperti gli occhi, e le altre parti della faccia, per preservarle dall'azione caustica del rimedio. Per lo più questa medicatura era coronata da esito felice entro 12 ore. A prevenire una nuova formazione dell' essudato, Weber faceva prendere ogni ora un cucchiaio di una soluzione di carbonato di soda (7 grammi in 120 di acqua). — Adrian e Brichetau si accordano pure a riguardare l' acido lattico come il migliore dissolvente delle pseudo-membrane difteriche. — Küchenmeister all' incontro dice, che in seguito alle sue nuovissime esperienze, può conchiudere che l' acido lattico non discioglie le membrane, ma solo le modifica trasformandole in una sostanza simile a colla o gelatina, la quale però è ancora viscida e tenace tanto, da non potere essere distaccata, che con difficoltà.

50. L' **acqua di calce** a motivo della sua proprietà di sciogliere la proteina, è stata consigliata da Küchenmeister contro la malattia di Bright, perchè in tal modo potessero essere disciolte le infiltrazioni proteiniformi dei reni. Küchenmeister comincia a farne prendere 3 a 6 grammi in 120 di acqua, a cucchiai, nel latte, ogni tre ore. Sotto l' influenza di questo medicamento, si aumenta la quantità dell' orina, e diminuisce quella dell' albume, mentre pare che si accresca il numero dei cilindri fibrinosi ed epiteliali. Talora qualche leggiera emorragia, fa si che si debba sospendere per qualche tempo la cura. — Albu ha adoprato lo stesso rimedio contro la laringite difterica, con un metodo tutto speciale: egli l' ha cioè iniettata direttamente nel laringe, con la sciringa di Pravaz introdotta fra gli anelli cartilaginei della trachea. L' applicazione è abbastanza facile, e se ulteriori esperienze confermeranno l' utilità di questo trattamento, potremo vedere un maggior numero di guarigioni insperate, e si renderà meno frequente la spesso inutile tracheotomia. — Waldenburg ha pure usata con vantaggio l' acqua di calce contro la difterite laringea, ma ha preferito di farla inalare polverizzata col nefogeno; con tale metodo ha pure guarito un caso di croup cronico dei bronchi. — Philippeaux se ne è utilmente servito nell' angina difterica, facendovi fare i gargarismi; i depositi membranosi svanivano sempre entro 5 o 6 giorni. — Infine Küchenmeister ha fatto di recente numerose esperienze su tale rapporto, ed ha veduto che l' acqua di calce ha sempre per effetto il disfacimento delle pseudo-membrane difteriche. Egli al pari di Waldenburg si serve del polverizzatore per farla inalare, ed adopera a preferenza il polverizzatore a corrente continua, cioè animato da un gettito continuo di vapore acqueo, nella bocca e nel naso, fa fare pennellature ed iniezioni. Ad accrescere l' attività dell'acqua di calce, Küchenmeister suole aggiungere alquanto di soda caustica, nella quale ultima sostanza, ha trovato in grado massimo, la facoltà di sciogliere le membrane difteriche. La formola del liquido, che egli adopera per fare inalare in ogni seduta è la seguente: acqua distillata grammi

Digitized by Google

4, acqua di calce decigrammi 5, soluzione concentrata di soda caustica, gocce 2 a 4.

51. Il Professor Filippo Lussana ha presentata una memoria al congresso medico internazionale, sull' uso del **succo gastrico del cane**, da esso proposto per la cura dei cancri esulcerati. Le conchiusioni del Lussana sono appoggiate sopra osservazioni del Tansini, del Pagello e del De-Castro, dalle quali risulta in modo splendente, come con questo rimedio si possa ottenere la guarigione completa di una malattia sinora ribelle a tutti i metodi di cura. L'azione del succo gastrico sarebbe digerente e fluidificante sui tessuti morbosi. L'applicazione sulle piaghe cancerose, deve esser fatta per mezzo di filaccie imbevute nel suddetto succo, ovvero, dopo aver circondata la piaga con una diga di ceroto, vi si deve versar sopra una sufficiente quantità di succo, per tenerla sotto un bagno continuo del medicamento. Il De-Castro ha adoperato con esito felice in due casi, le iniezioni di pepsina nel centro del tumore, eseguite con la sciringa di Pravaz. Thiersch e Nussbaum non avrebbero ottenuto risultati soddisfacenti col succo gastrico artificiale, ma ciò è forse da accagionarsi al poco valore fisiologico che ha la pepsina del commercio. Attendiamo che altre esperienze confermino le esperienze del Lussana, e ne terremo allora informati i nostri lettori.

52. Il **bromuro di potassio** è stato di recente impiegato da Bucquoy e da Sée contro l'intossicazione saturnina. I casi curati col detto bromuro, erano uno di colica saturnina, uno di artralgia e paralisi saturnina, ed uno di encefalopatia dalla stessa causa, con amaurosi ed accessi epilettiformi. La dose a cui è stato amministrato il rimedio è molto alta (3 a 4 e più grammi al giorno). Sembra che la sua azione consista nel procurare la eliminazione del piombo. In un malato di Sée, in cui non si trovava traccia di piombo nell'orina, ve se ne trovò in gran copia, dopo l'uso del detto bromuro. Forse anche negli ultimi casi di epilessia saturnina curati con questo rimedio e riferiti da Gubler, il bromuro ha agito nella stessa maniera.

53. Il **clorato di potassa**, già proposto ed adoperato dal Tedeschi e dal Bergeron contro l'epitelioma, è stato esperimentato di nuovo su parecchi malati della clinica oculistica del Prof. Magni, e della chirurgica del Prof. Loreta, ed anche in questi casi, l'esito della cura è stato sorprendente. Per uso esterno la soluzione era di 15 grammi in 150 di acqua tepida, ed internamente si amministravano ogni mattina, 50 centigrammi di clorato sciolti in 90 di acqua. La durata della cura, secondo i casi, è stata da pochi giorni, a qualche mese.

44. Benchè non sia nostro intendimento di volere esaminare in questa rivista i risultati terapeutici ottenuti con rimedi di natura ignota, pure non possiamo passarci dal menzionare, come il Dott. Efisio Marini nell'anno decorso abbia fatte numerose esperienze nell'ospedale degli incurabili in Napoli, circa l'impiego terapeutico, che sono suscettibili di avere i suoi liquidi, che hanno fatta così bella riuscita per la pietrificazione, mummificazione, e conservazione dei cadaveri. I liquidi del Marini vennero esperimentati sotto la sorveglianza di una commissione, contro diversi neoplasmi (carcinoma delle mammelle, epitelioma), e contro il lupus, le piaghe ed ulcerazioni scrofolose, le ulceri fagedeniche, la carie ecc. Le esperienze non sono peranche al loro termine, nè è ancora conosciuto il referto della commissione, ma pure da una relazione datane dal Dottor Maisto, si può fin da ora asserire, che il liquido del Marini avendo già indotti miglioramenti notevoli in molti casi che avevano resistito ad altri mezzi terapeutici, sarà per prendere un posto importante nella terapia. — Il Marini si è obbligato a comunicare il nome e la natura delle sostanze impiegate per la composizione dei suoi liquidi, non appena la commissione avrà giudicato sul merito dei suoi esperimenti.

Crighton. — *Sul valore dei preparati di ferro nelle infiammazioni ed altri stati febbrili.* (Brit. med. Journ. Jan 9, 1869) Schmidt's. Jahrbücher N. 5, 1869.

In seguito delle raccomandazioni del Dott. C. Bell e G. H. Bell l'autore usò del solfato di ferro non solo nella *erisipela*, ma eziandio in altre malattie febbrili, per esempio nella pneumonite e nella pleurite, alternativamente, in queste, col tartaro stibiato, e ne vanta grandi vantaggi. Nella epidemia di difterite dell'anno 1859, l'autore univa la tintura di muriato di ferro coll'acetato di ammoniaca (4 fino a 15 goccie in 4-8 grammi di liquore d'acetato d'ammoniaca, ogni 2 o 3 ore) e chiama questa unione un mezzo impareggiabile nel primo stadio di tutte le affezioni. Ne nasce un'azione energica sulla cute ed il polso rimane depresso. Nella *tonsillite* l'infiammazione viene eliminata colla stessa rapidità come eragli accaduto nelle risipole, sotto l'uso esclusivo del percloruro di ferro. Anche nel primo stadio del *tifo* l'autore non vide un simile successo da verun altro rimedio, all'infuori di quella unione del ferro coll'acetato di ammoniaca e così pure nella *scarlattina*, nel massimo numero delle epidemie. Nella *acuta malattia di Bright* con questo diaforetico ferruginoso l'autore ottenne una guarigione più rapida, che sotto qualunque altro trattamento. Straordinariamente proficuo si mostrò il medesimo nella *metrite* e nella *peritonite* all'esordire della malattia, e dato allo stesso tempo dell'uso esterno della trementina. Spesso bastano poche ore per togliere l'infermo dallo stato di estremo pericolo.

L'effetto di questa mescolanza secondo l'autore nasce da ciò, che eccita un'abbondante diaforesi, che stimola i capillari alla contrazione, e che si procacciano al sangue i mezzi capaci di rinnovare i corpuscoli rossi, che con rapidità straordinaria si distruggono nelle infiammazioni e nelle malattie febbrili.

Per malattia dell' incaricato della Rivista chirurgica, questa non si è potuto inserire nel presente fascicolo e si pubblicherà in quello del mese di Marzo.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 3. BOLOGNA 31 Marzo 1870.

MEMORIE ORIGINALI

DI UNA SINGOLARISSIMA ANOMALIA CONGENITA NEGLI ORGANI GENITALI FEMMINEI

(Duplicità di vagina con utero semplice a doppio orificio)

PEL

DOTT. LUIGI CORAZZA.

Nel Settembre 1866, essendo io Assistente all'Ospedale della Trinità, praticai una necroscopia di giovinetta diciasettenne morta per ileo-tifo. — Avendo in allora alle mani un caso di malattia uterina, pensai a fine di farne confronti di levare i genitali virginei della giovinetta stessa, e di conservarli per venirli studiando poscia a mio bel agio specialmente nelle loro dimensioni, forme e stato fisiologico. Ed ecco che al porvi mano m'accorsi poi aversi in essi un'anomalia rarissima, anzi unica, che ora imprendo a descrivere partitamente, e che si riassume coll'espressione - vagina doppia completa congenita, orificio esterno dell'utero parimente doppio, cavità uterina semplice ed imene pur semplice. — Per ciò che riguarda il passato in genere della fanciulla non è necessario il riferirlo, e per ciò che riguarda notizie anamnestiche relative all'anomalia, nessuna è nota, e solo è a dire che la fanciulla era da parecchi mesi normalmente mestruata.

La descrizione del preparato fu fatta dopo che esso era stato per certo tempo nell'alcool, ed esso si conserva nella nostra Università nel Museo di Anatomia Patologica (Prep. 1709). L'espressione poi di destro e sinistro si riferisce alla destra e sinistra della donna e non alla destra o sinistra dell'osservatore, o del pezzo isolato preso dinanzi. Però essendo questo stato preparato, e ritratto nella figura 2.ª, che è la principale, dalla parte posteriore, ne viene che in questa il destro e sinistro e della donna e del preparato risponde appunto agli stessi lati dell'osservatore.

Gli organi genitali esterni sono integri perfettamente; divaricate le grandi labbra e le ninfe, si vede un intatto imene circolare (Fig. 1.ª, *a*), come diaframma membranoso forato al centro, o meglio come fetuccia pieghettata, e se la divaricazione non è forte i lembi od orlo interno di questo si toccano quasi, e resta sì debole spiraglio che non lascia vedere che cosa siavi al di dietro. Divaricando alquanto più le piccole labbra e facendo allargare il foro dell'imene si trova che questo non è esattamente, ma irregolarmente circolare, anzi quasi triangolare (Fig. 1.ª, *b*), come dirò, e con pieghettature e frastagliuzzi: il suo diametro in media è millimetri 6, ed il dito anche mignolo col suo apice non potrebbe essere introdotto senza dilacerarlo. Procurando poi di tendere il più possibile l'imene stesso, e quindi di divaricarne quanto si possa i lembi o margine interno, si scorge come un setto di dietro a lui, o membrana quasi verticale nel mezzo della vagina (Fig. 1.ª, *c*), ma non come filo o membrana liscia e tesa, ma gretto o pieghettato su sè, che lascia due pertugi o fenditure dall'alto al basso, una destra più angusta e più inferiore, una sinistra più ampia, e più elevata; tale setto che sta di dietro l'imene senza insevirvisi, anzi distante dall'imene stesso qualche millimetro, non è esattamente nella linea media, ma devia e si direbbe tirato da destra a sinistra, dall'alto al basso, in modo che dei due pertugi il destro resta più inferiore, come è detto, il sinistro più superiore, o arriva, in una parola, più in alto. Ho detto il foro dell'imene essere come triangolare; ora l'angolo destro risponde all'orificio o pertugio destro, gli altri due sinistri al sinistro (Fig. 1.ª, *d*, *e*, *f*). Il meato urinario è aperto non alla parte inferiore del vestibolo e disopra l'imene, ma con una fenditura nel lembo superiore e fra le pieghettature dell'imene stesso (Fig. 1.ª, *g*).

Volendo aprire senza toccare l'imene e la vescica, incisi posteriormente, dopo staccato il retto, e così diviso per lo lungo il canale vaginale si giunge per un lato al didietro dell'imene, e si fa uscire dal suo foro uno specillo introdotto da quel lato di vagina incisa, e per l'altro s'arriva ad un piccolo e poco sviluppato muso di tinca. Se non che introducendo invece lo specillo dal lato dell'imene, ma non per la stessa parte, sibbene per l'altro foro dell'altro lato del setto, non esciva quello dalla spaccatura fatta, ma entrava in un altro condotto laterale, per cui fatta là dallo stesso lato posteriore incisione colla guida dello specillo stesso, ecco che si trova un secondo canale vaginale, e così dico, perchè in tutto analogo al primo, e che dal lato posteriore mette ad un forellino, la cui ubicazione dirò, e che si può

Digitized by Google

tenere altro muso di tinca più piccolo del primo, oltremodo indistinto e rudimentario. Ecco dunque che si hanno come due vagine paralelle (Fig. 2.ª, *a*, *b*), collocate nello stesso piano o livello, l'una a lato dell'altra, cioè l'una destra e l'altra sinistra, separate perfettamente ed in tutta la loro estensione da una parete membranosa (Fig. 2.ª, *c*), colla loro concavità in avanti, convessità in addietro, e in tutto e per tutto colla direzione e colle solite altre relazioni come una vagina sola normale: ovvero in altre parole la vagina è divisa in due metà l'una destra e l'altra sinistra da un setto verticale completo antero-posteriore, percorrente la lunghezza e l'asse della stessa. Dall'esterno però non si vedeva che un cilindro vestito del peritoneo, come se rispondesse ad una vagina sola, e non vi era indizio alcuno della duplicità di quella. Questi canali vaginali sono adunque indipendenti cilindrici, il sinistro più lungo del destro di $1/3$ di centimetro, angusti in confronto alla vagina normale, più ampia la destra e la sua circonferenza a mezzo è centimetri 4, 6; al fondo 4, 4; la sinistra a mezzo centimetri 4, 3, al fondo 2, 8: colle rughe o pieghe trasverse o piccole colonne, così dette, bene marcate, molto grosse vicino all'ostio vaginale, mentre poi queste scarseggiano sul setto, che separa le due vagine, e più nella destra, in cui si ha anzi una listerella quasi liscia affatto: mancano poi in entrambe le colonne longitudinali anteriori e posteriori, e se si ammette che si tratti d'una vagina sola divisa, sarebbe tale località occupata dal setto di separazione mentovata.

La vagina destra al fornice è larga e si estende alquanto a destra (Fig. 2.ª, *d*), il sacco cieco che vi forma è piccolo, sendo piccola anche la porzione vaginale del collo, come or ora dirò; il muso di tinca è piccolo assai (Fig. 2.ª, *e*), un po' indeterminato, però si veggono dei contorni o rialzi lobati, grandi, da fare orlo rilevato, non molto dissimili però dagli altri rialzi del resto della vagina, e i labbri anteriore e posteriore sono poco rialzati; l'orificio vaginale dell'utero ha forma irregolare di fessura, da esser capace di una canna di penna di pollo, e del diametro trasverso di circa $1/2$ centimetro. — L'altra vagina o sinistra, come la destra, ha il fondo cieco o fornice piccolo per la stessa ragione dell'altra, come è detto; è più elevata dall'altra, ed anzi termina come a fondo cieco (Fig. 2.ª, *f*), se non che lateralmente, proprio all'interno della vagina esiste un piccolo pertugio angustissimo da ammettere un sottile specillo (diam. millim. 3), contornato da leggeri rialzi che stanno in luogo di un muso di tinca (Fig. 2.ª, *g*).

L'utero non è in direzione diritta colle due vagine, ma è obbliquo da sinistra a destra ed il suo asse farebbe un angolo di circa 15 gradi coll'asse comune dei due canali: il fondo è a sinistra, la bocca alquanto piegata a destra, e così è diretto, come, dimostrerò ancora, alla vagina di questo lato, e quindi facendo per questa il riscontro in vita, si sarebbe da tale singolarità dedotto aversi una latero-versione sinistra. La matrice è piccola, lunga centimetri 4, 7, larga al fondo centim. 3, 11, al collo centim. 2, 2, grossa al corpo centim. 1, 6. Spaccato poi il viscere, che ha le pareti di grossezza e di tutte le altre apparenze normali, la sua cavità del corpo è semplice e senza anomalia alcuna (Fig. 2.ª, *h*), se non che dalla cavità del corpo a quella del collo non vi è demarcazione, cioè non è espresso l'orificio interno cervicale (e quindi non si può bene determinare la lunghezza del collo stesso), e passa l'una cavità insensibilmente nell'altra (Fig. 2.ª, *i*), e il canale cervicale non è, come di solito, fusiforme, e colla dilatazione nel mezzo: tale cavità del collo o canal cervicale è assai ampia, in proporzione di quello dovrebbe essere e discende esso canale entro la vagina destra, colla direzione già detta per l'utero intero (Fig. 2.ª, *m*).

Insinuando lo specillo pel foro che è all'apice interno della vagina sinistra si giunge nella cavità del collo dell'utero, e spaccando il tramite costituito da sostanza uterina si vede un canale tapezzato dalla mucosa (Fig. 2.ª *k*), il quale sorpassato l'orificio esterno è più ampio e mette lateralmente nella cavità cervicale descritta, e può considerarsi come una biforcazione, o suddivisione, o diverticolo dell'estremo inferiore del canal cervicale maestro: la lunghezza del tramite per giungere dall'orificio estremo nello spazio interno proprio del collo è millimetri 13, e questo tramite è orizzontale e fa un angolo di 75 gradi, coll'asse uterino (Fig. 2.ª, *p*), e introducendovi lo specillo va questo a percuotere contro la parete laterale destra del collo, e non esce dall'altra bocca di destra, ma ciò solo se si faccia fare un movimento forzato di leva allo strumento volgendone la estremità che è fuori in alto, perchè l'introdotta venga più in basso.

Le pieghe palmate posteriori sono appena espresse, il corpo palmato anteriore ha rafe bene demarcato, ed è lungo centim. 2; questo sulle prime occupa il mezzo della cavità dell'utero, e non si dirama in due parti una per lo sbocco destro e l'altra pel sinistro, ma è semplice e discendendo è diretto in principio al centro dell'orificio esterno destro, e ciò per $3/4$ di sua lunghezza, per l'altro quarto si curva e va all'interno e a sinistra, e si impianta nel setto che divide i due orifici esterni uterini o le due vagine, per cui l'albero della vita è piegato a debole semicerchio colla convessità a destra (Fig. 1.ª, *l*).

La struttura della vagina nulla presenta di speciale a notarsi, ed il setto o tramezzo, che è pressochè egualmente grosso in tutta sua estensione, è da ambo i lati vestito dalle mucose delle due

Digitized by Google

L. Corazza - Duplicità di vagina con utero semplice.

Fig. 1.

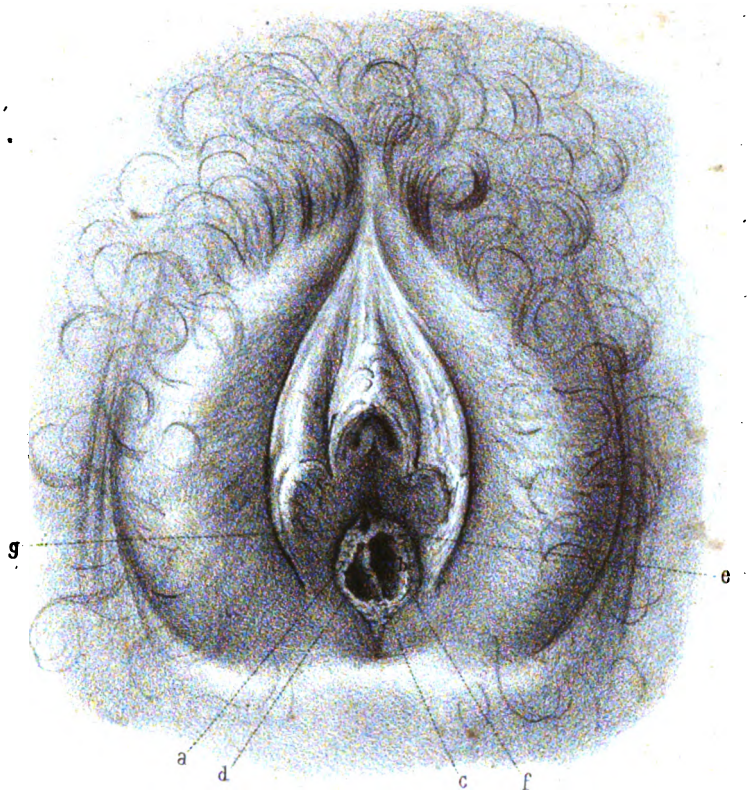
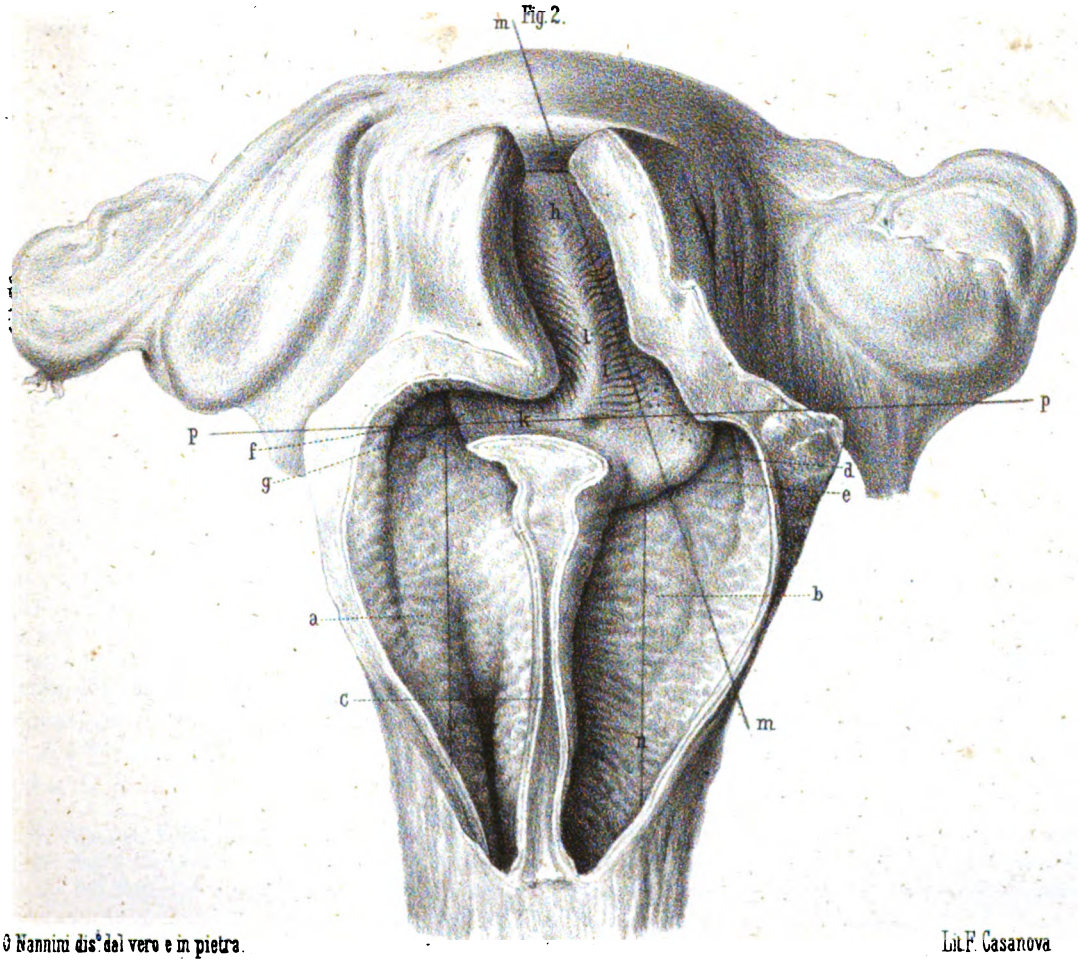


Fig. 2.



G. Nannini dis.° dal vero e in pietra.

Lit. F. Casanova

Digitized by Google
UNIV. OF MIC

Digitized by Google

vagine, mucose che non si toccano, essendo fra loro intermedio del tessuto connettivo, o tessuto proprio fondamentale fibroso delle due metà vaginali fuse. Le arterie vaginali non sono raddoppiate, ma ve n'è una sola al margine esterno delle due vagine colle anastomosi solite nella linea mediana. Per non rovinare il preparato non si sono esaminate le glandule del Bartolino, che si può già ritenere non poter essere parimente raddoppiate.

Il rimanente dell'apparecchio genitale non offriva nessun'altra anomalia od altra cosa degna di essere notata, e ciò era pure della pelvi.

Ho fatto descrizione minuta di questo pezzo siccome anomalia rarissima per non dire unica nella scienza, come si sarà potuto vedere dalla descrizione stessa, e dalle figure, e sarà dato rilevar meglio dalle riflessioni che farò in appresso.

Il fatto è sempre singolare e l'anomalia rara per sè, come caso di vagina *duplice* (vagina duplex), o diciamo *divisa* in due metà laterali, ed a molti pratici incontra in fatto di non osservarne mai esempio, e ad altri uno o due al più: tuttavia la vagina doppia come tale non ha grande importanza, per non essere il caso nè nuovo dunque, nè inusitato; è bello però sempre in quanto la duplicità è perfetta e completa, e delle due vagine nessuna è veramente cieca, ma la rarità più importante è riposta in altre singolarità, o nei rapporti di esse vagine coll'utero.

Premetto come nessun dubbio possa venire a chicchessia che l'affezione sia *congenita*, come l'ho già chiamata altre volte, e quindi vera mostruosità o vizio di conformazione, non già che sia restata la vagina divisa per un setto qualunque risultante da coalizione o concrezione delle pareti (1), o aderenze per cicatrizzazione di ulceri, o di processi inflammatori, che vengono destati per solito da iniezioni caustiche, o a scopo di cura, od anche di provocare l'aborto (come ha fatto taluna donna usando acido solforico), ovvero accadono nel puerperio o in seguito di esantemi, o di tifo ecc.

Nel mio caso al doppio sbocco della vagina nella vulva non era l'imene mancante, come ha veduto Förster (die Missbildungen, 15) ed altri, ma vi era un imene semplice, circolare e di dietro poi discendeva il setto verticale, che divideva l'entrata della vagina in due, e che non era l'imene perpendicolare di Smellie, o la colonna virginea, ma la tramezza inter-vaginale, e in ciò concorda col caso del Calori, nel qual caso l'imene non era doppio, ma anulare, unico e comune a ciascun orificio della vagina (2). Altre volte vi è doppio imene, come si è ammesso da Voigtel, Riolano, Gravel, Eisenmann, Scanzoni ecc., e osservato da Meckel, Förster (die Missbild., 11), e, pare, da Martellière (1). Così nel caso d'Ambrosioli (Orsola F.) sembra degli imeni ne fosser due (2), e così sembra

(1) Morgagni, Epist. XLVI. n. 12.

(2) *Di alcuni particolari intorno le parti genitali muliebri.* — Pel Prof. Cav. Luigi Calori. Mem. dell'Istituto di Bologna, Ser. 2. T. I. 1862. — Fu *caso di vagina doppia ed utero biloculare*, e si trovò l'anomalia in fanciulla di 13 anni, impubere, morta di pericardite acuta. L'imene era unico, e sotto l'orificio dell'uretra cominciava un setto che bipartiva l'ingresso vaginale, e alla faccia interna della parte posteriore dell'imene si allargava e con lui si univa, come in quella varietà detta imene perpendicolare: il setto divideva la vagina in due canali, il destro de' quali meno largo del sinistro. Entro ogni fornice sporge la porzion vaginale di collo uterino, per la cui bocca penetrando non si riesce in una cavità unica, ma a due uteri completamente divisi, essendovi un setto continuo a quello della vagina, che corre fino al fondo dell'utero, rendendolo biloculare. I due uteri sono lunghi e foggiati a somiglianza di canali non molto larghi, paralelli, ed un po' divergenti nel fondo: ciascun utero ha una piega palmata od albero della vita costeggiante il setto, e non ha che una tromba, un ovario solo, solo un legamento rotondo e solo un lato: non sono raddoppiate le arterie vaginali-uterine.

(1) Leon Le Fort: *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin* etc.; Paris 1863, pag. 126. — Si trattò di donna di 28 anni: vi eran due vagine separate da sepimento mediano; la destra avea l'imene, e la sinistra, che solo fin allora avea servito al coito, aveva contratta una blennorragia, che poi si diffuse a destra e quando la prima vagina fu guarita venne contaminata di bel nuovo dal pus che la seconda aveva in serbo: il setto intravaginale diminuiva di grossezza verso le parti profonde, e si inseriva sul collo uterino, e le due vagine, compresa la destra, erano strette, la porzione di collo uterino, visibile da ogni lato, piccola, l'orificio situato presso l'inserzione del sepimento, e in ambo i lati permeabile da piccola minugia. Il sangue mestruale gemeva da ambo le vagine; da 4 anni maritata non aveva la donna mai concepito.

(2) Ambrosioli ha descritto due casi di doppia vagina: ecco il primo. — Orsola F., d'anni 26, sana e robusta, fu mestruata a 15 anni, deflorata a 19, quando 4 anni dopo quest'epoca nell'incominciare il coito col marito provò un dolor vivo, che ricordava quello sofferto nel primo amplesso coll'amante. Poscia datasi alla prostituzione e assoggettata alle visite, seppe dai medici d'aver due vagine, delle quali poi adoperava nel coito la sinistra, come più ampia, riservando l'altra a casi speciali; ammalata poi di blennorragia, fu messa nel sifilicomio, ove la studiò l'Ambrosioli. La vagina era divisa in 2 parti da un sepimento verticale ed aveva due distinti orifici; il tramezzo vestito della mucosa si andava assottigliando verso il cul di sacco ed era completo: il collo dell'utero piccolo, mobile, coll'orificio perfettamente rotondo sporgeva nella vagina sinistra, e piegava alquanto dallo stesso lato; la vagina destra era più stretta, terminata a fondo cieco, e pareva senza tracce d'utero, però attentamente osservando si trovava un collo destro più piccolo del

Digitized by Google

pure in quello di Rabe di Dresda (1). Quindi non si può ammettere come legge assoluta nella vagina doppia o l'uno stato o l'altro, o la mancanza dell'imene, o la semplicità o la duplicità.

La duplicità di vagina completa (o della porzione superiore) è unita nel più dei casi o quasi sempre (Scanzoni dice sempre (2)) ad utero doppio, *diductus* o *didelphis*, o bipartito, o bicorne, o bicolle o biloculare, cioè si continua il setto, come nella vagina, nella matrice, e questo è lo stato comune e pressochè normale nei casi di tale raddoppiamento dell'utero. Rarissime volte si ha la divisione in due metà laterali limitate alla vagina, o vagina doppia con utero semplice, ma in questi casi o il setto non è quasi mai completo dall'ostio vaginale al fornice, ma è molteplicemente interrotto, e i due canali comunicano fra loro, cioè vi sono diversi tramezzi che lasciano delle lacune o interruzioni. La incompletezza può essere alla parte inferiore, e allora vi è un solo imene, ma si riscontra più specialmente nella parte superiore, e allora o l'unico muso di tinca con orificio semplice o doppio che sia (se l'utero è doppio) sbocca nella cavità comune delle due vagine o fornice semplice: ovvero ancora una delle vagine è cieca, talora in basso, mentre superiormente si ripete il caso suddetto, e talora, e più spesso, è cieca in alto, e in quel tale lato non vi è bocca d'utero, e l'altra riceve la porzione vaginale dell'utero (o le 2 porzioni vaginali in caso poi di utero doppio); il canale cieco poi suol essere angusto, e all'entrata non è fornito d'imene. — Nel caso mio non vi era duplicità di utero, nè utero bicorne, nè biloculare ecc., ma utero a doppio orificio vaginale, od a due orifici esterni ed uno interno, e sporgeva entro ogni fornice una porzione vaginale rudimentale di un collo uterino, o anche in altri termini l'orificio era come diviso in due dal setto vaginale, che vi cadeva, non però esattamente, nel mezzo. Dunque doppia vagina con utero semplice, ma fornito di due orifici l'uno per l'una vagina, l'altro per l'altra, pare non esista registrata nella scienza e solo forse dubbiamente, nè verificato all'autopsia (1). Non parlo di quello di Ambrosioli descritto nel *Giornale delle malattie veneree* ecc. (2) riferentesi all'Orsola F. (giacchè nell'altra di Maria R. la vagina doppia era unita ad utero doppio (3)) in quanto su quello fu errore, di cui egli si accorse già, ed è stato da lui rettificato nel giornale stesso e medesimo volume (pag. 232), e meglio nel N. 11 della *Gazzetta medica lombarda* (Marzo 1867), e qualificato per un utero doppio con doppio collo (uterus bipartitus diductus). Quello di Rabe (4) è già da lui denominato doppio,

---

sinistro, che sboccava nella sua vagina quasi a livello del tramezzo, e non si vedeva in fondo alla vagina, perchè si trovava sul lato sinistro della medesima. Il dito, non poteva girare intorno il collo destro; nel sinistro si poteva far penetrare lo specillo, ma non si riesciva a ciò fare nel destro per la sua abnorme ubicazione: la mestruazione si mostrava da ambedue le vagine, e crede l'autore avessero esistito due imeni. Dapprima, pensò fosse caso di utero unico con due vagine, ma poscia dovè ritenere trattarsi di *uterus bipartitus diductus*. (Gaz. med. lombard., 18 Marzo 1687).

(1) Monatschrift für Geburtskunde Ottob. 1867, e Giorn. ital. delle Malatt. venere ecc. 1867 p. 211. Si fu un caso di *vagina e di utero doppio* in donna d'anni 28: eravi un setto che divideva la vagina in 2 parti laterali perfettamente uguali, e ciò si sentiva meglio introducendo 2 dita: i canali vaginali erano stretti, e provvisti all'ingresso di una ripiegatura simulante un imene. A destra ed a sinistra si arrivava ad un collo uterino con orificio trasverso, e la porzione vaginale destra più piccola che la sinistra, diretta più sul tramezzo che verso l'entrata della vagina: il labbro anteriore di ciascun collo più lungo del posteriore: le due vagine non eran per nulla in comunicazione, e il tramezzo quindi completo. La sonda di Simpson non si potè introdurre che a sinistra essendo l'orificio destro troppo stretto, e fu per esso impossibile assicurarsi se l'utero fosse completamente doppio o no. Il coito pare non si fosse mai effettuato regolarmente, e che il pene non abbia potuto giungere che fino al tramezzo.

(2) Traité practique des maladies des organes sexuales de la femme. Paris 1858.

(1) In Förster (Missbildung.) vi è caso di utero semplice con doppio orificio, ma a vagina semplice.

(2) Di una rara anomalia osservata negli organi genitali di una donna ammalata di blennorragia uterina (utero unico e vagina doppia); storia ed osservazioni del Dott. Carlo Ambrosioli. Giorn. ital. delle Malat. vener. ecc. 1863, pag. 101.

(3) Ecco l'altro caso dell'Ambrosioli. Maria R. d'anni 22 entrata per la 2.ª volta nel sifilicomio: la anomalia non era stata rilevata nè dai medici del sifilicomio, nè da quelli di pubblica igiene. All'orificio della vagina un centimetro al di là del vestibolo un sepimento mediano che divideva la vagina in 2 canali, il destro più ampio del sinistro, e non v'eran tracce d'imene. Mediante lo speculum si vedeva in fondo alle due vagine un collo uterino del diametro di centimetri 1 e millimetri 10, lungo centimetri 1 ½, con piccolo orificio rotondo, onde gemeva muco-pus; i colli assai mobili e spingendo l'uno col dito l'altro ne risentiva l'urto, onde l'autore appoggiato all'esplorazione vaginale e rettale stabilì la diagnosi di utero doppio con doppia vagina. La Maria R. assicurò d'avere provato dolore da un solo lato della vagina nei primi amplessi carnali, e non sapeva indicare quale delle due vagine accogliesse di preferenza il membro virile nel coito: non restò gravida, ed il flusso mestruale colava da ambo le vagine. Lo scolo muco-purulento si mostrava pure in ambedue i canali, che non erano in comunicazione, e che si può pensare entrambi fossero adoperati nel coito.

(4) l. c.: vedi la nota pag. 68, col. 1.ª, N. 1.

Digitized by Google

ed anche se mai può nascer dubbio che fosse semplice, ciò non è stato verificato mediante l'autopsia. L'unico caso di questa rarissima anomalia (divisione completa di vagina con utero unico) lo registrerebbe Leon Le Fort (l. c. pag. 128) come, secondo lui, la sola osservazione che si conosce (1) appartenente ad A. Maunoir di Genève (2): ma in esso da un lato l'utero o il mezzo collo d'utero era chiuso, e solo dall'altro aperto. Però il caso non mi pare chiarissimo, come si può vedere dalla descrizione, e non so come provi ad evidenza che la matrice era semplice, avendo fatto esame su donna viva e incompleto, non avendo eseguita esplorazione pel retto, mentre poi anche se non era il viscere doppio perfettamente poteva essere biloculare: ad ogni modo in quello il muso di tinca non si apriva nelle due vagine, ma in una, cioè nella destra, od era unico come restò dopo l'incisione del setto. Non essendo dunque per me l'osservazione validamente dimostrata, nè avendo trovato con tali particolarità altro esempio nella scienza credo che il mio caso sia unico, e non descritto nel senso di *utero semplice, che senza aver doppio collo per due orifici si apre in doppia vagina completa*, cioè ognuno di essi sboccante in una vagina corrispondente. Il singolare poi soprattutto si è che a sinistra l'orificio, ed il suo canale che dovea mettere nella cavità del collo comune era laterale ed orizzontale, per cui all'esplorazione digitale se fosse stato possibile riconoscere il collo essendo rudimentale e piccolissimo, si sarebbe trovato al lato interno destro della vagina sinistra, non vi si sarebbe potuto girare attorno, nè introdurvi lo specillo per la sua positura laterale, mentre all'esplorazione collo speculum in vita sarebbe stato facile il credere fosse terminata la vagina veramente a fondo cieco o non comunicante colla matrice. In questa singolarità somiglia il caso di Ambrosioli (Orsola F.).

Le due vagine erano press'a poco uguali o poca fra loro la differenza, però la principale si può tenere la destra, come un po' più ampia e riferentesi ad un muso di tinca più marcato e sviluppato, e colla cavità o asse dell'utero diretto verso sè stessa. — In genere uno dei canali è sempre più ampio dell'altro, e quello fa le funzioni solite di vagina negli uffici matrimoniali e nel parto, però può essere capace anche l'altra, ed essa pure servire a tali offici, come han veduto molti, p. es. Ambrosioli nell'Orsola F., Scanzoni in donna a Praga, in cui le due metà ammettevano entrambe lo speculum (1). Nel caso del Calori la destra era più stretta della sinistra, in quelli d'Ambrosioli nell'Orsola F. la sinistra più ampia della destra, in Maria R. la destra era più ampia della sinistra; in quella di Rabe non vi è notata la capacità della vagina, ma solo la mole della porzione vaginale dei colli dell'utero, cioè più piccolo il destro, che quello di sinistra. Per cui da questi pochi studi e confronti non si può dedurre alcun che sulla maggiore frequenza d'ampiezza dell'una o dell'altra vagina, e pare non vi sia regola determinata. — Anche nell'Orsola F. dell'Ambrosioli l'utero era piegato, ma col collo a sinistra.

Volendo fare alcuni rimarchi fisiologici e clinici sul caso è a dire come essendo le vagine pervie, in comunicazione colla matrice ed aperte all'ostio vaginale, la mestruazione doveva accadere regolarmente senza ostacolo, o destar fenomeni, che potessero fare svelare la mostruosità, quasi non vi fosse anomalia alcuna, e come infatti era già accaduto. Nè manco sarebbe incontrato impedimento se uno degli sbocchi vaginali dell'utero fosse stato chiuso essendo unica la cavità uterina, e fornita dall'altra parte di abbastanza larga apertura. — Non così in raddoppiamenti dell'utero con atresia di uno dei due orifici esterni dell'utero o della vagina, ne'quali casi si mostrano tumefazioni e dolori, mentre poi possono, com'è chiaro, coincidere quasi un paradosso, i fenomeni di ritenzione delle regole coll'evacuazione del sangue mestruale per l'altro condotto vaginale. Neppure poteva l'anomalia impedire o porgere ostacolo alla copula od al concepimento potendo o l'una o l'altra vagina, sebbene anguste, ammettere il pene, come già è accaduto in più casi, in cui ad alcune donne, benchè avesser commercio con maschi, non è avvenuto di sapere di aver doppia vagina altro che

(1) Non conosco i casi di Callisen e Bartolino nominati da Meissner (Die Frauenzimmerkrank. Leipzig, 1842) il quale dice che: Callisen und Bartholin fanden bei einfachen Uterus doppelte Mutterscheide, pag. 346.

(2) Recueil des trav. de la Soc. méd. de Genève. T. 1 pag. 296. — Si trattò di donna di 39 anni, mestruata regolarmente, maritata da qualche anno senza aver mai concepito. Un setto verticale membranoso divideva il canal vaginale in due metà press'a poco eguali e perfettamente separate, e che si andava ad impiantare sul collo; al fondo della vagina sinistra un collo piccolo, poco saliente, di color normale, in cui non si trovò al ripetuto esame alcun orificio da comunicare coll'interno dell'utero; al fondo della destra un mezzo collo simile all'altro, ma con orificio, vicinissimo al setto abnorme, arrotondato e capace di una sonda elastica. Essendo poi più facile l'entrata in vagina per questa parte, così è giusto credere che i rapporti sessuali abbian sempre avuto luogo dal medesimo lato, e quindi l'impossibilità materiale alla fecondazione. Maunoir con certe precauzioni mediante lunghe cesoie incise il setto: l'emorragia fu poca e al luogo dell'incisione i lembi poi si rattrassero lasciando solo un rafe rilevato, e dilatò poi, dopo avvenuta la cicatrizzazione, il collo uterino con radice di genziana.

(1) Scanzoni, opera citata.

Digitized by Google

all'occasione di esami per malattie veneree. — In genere è sempre la stessa che accade di porre in uso, essendo quella dilatata e l'altra come messa in disparte, però talora è accaduto che per qualche accidente si sia pur questa incontrata e la copula per essa avvenuta; ed anzi in certi casi donne consapevoli di ciò han usato nel coito or l'una or l'altra a loro talento. Mentre poi talora la blennorragia può esistere separata in una delle due vagine restando l'altra immune, può però passare anche dal lato dell'ostio nell'altra. — Nel mio caso non si sarebbe dato il doppio dolore della squarciatura dell'imene, come pare accadesse all'Orsola di Ambrosioli, in quanto non ne esisteva che un solo. Concludo quindi dal fin qui detto che può accadere il coito egualmente, non che la fecondazione, passando il difetto anche sempre inosservato. — Si potrebbe diagnosticare l'anomalia in vita coll'esplorazione digitale, coll'esame visuale diretto ed introducendo due specilli o due dita contemporaneamente nelle due vagine; che non comunichino fra loro, cogli stessi mezzi e colle iniezioni; che comunichino entrambe coll'utero osservando nell'epoca mestruale se scende sangue per tutte due ad un tempo (or tamponando l'una or l'altra), dopo escluso che non comunichino fra loro: giacchè dal veder gemere sangue menstruo dalle due vagine non si può nulla decidere; dal vederlo gemere da una può farsene la giusta deduzione, l'altra all'estremità superiore essere cieca o chiusa. Se poi l'utero sia semplice o doppio non può essere deciso che con iniezione (colorata) fatta per un collo osservando se esce o no dall'altro, il che è esame difficile, o forse colla sondatura, o dall'esame pel retto per sentire la forma del corpo. Sebbene poi sia sì costantemente unita la vagina doppia coll'utero del pari duplice, tuttavia, come mostra il mio caso, dal trovare vagina divisa non si può più incondizionatamente (come si usa da taluno) concludere aversi utero bicorne o biloculare. — Forse questo è caso che potrebbe far nascere abbagli già nati in altre circostanze nelle esplorazioni della donna gravida, cioè avendo più d'un ostetrico esplorato, abbiano avuto risultati differenti credendo l'uno preparato il parto e l'altro no, per ragione al tutto facile ad intendere. — Il parto del pari potrà accadere egualmente, nè credo il feto dovesse trovare ostacolo alla sua espulsione contro il setto, che in due divideva la bocca dell'utero, cui penso facilmente potesse schivare, imboccando poi l'una più che l'altra delle vagine specialmente la più larga, tanto più l'utero essendo a questa rivolto, quando mai quest'inclinazione laterale o latero-versione, che l'avrebbe diretto per la destra, non avesse fatto agire le contrazioni verso la pelvica parete opposta a quella del fondo dell'utero, e non secondo l'asse del catino. Nè la strettezza della vagina forse avrebbe potuto portare distocia grave, sia pel non essere la angustia forte, nè dovuta a cicatrice (ne' quali casi può accadere rottura del canale stenotico), e quindi ostacolo, che può essere superato dall'azione dell'utero, contribuendo in bene il processo di rammollimento che subisce la vagina alla fine della gravidanza e prima dell'espulsione del feto e nel parto stesso, e che la rende assai estensibile. Casi di vagine anguste che lasciaron felicemente partorire si trovano registrate da diversi autori, ed è notevole il caso di parto accaduto per vagina, in cui solo capiva un cannoncino di penna, narrato da Boyer, che l'ha tolto da Benevoli (1); così Scanzoni ha visto del pari donna a vagina assai stretta concepire e partorire. Quindi in casi consimili di angustia vaginale forse non è necessaria operazione, tanto più dovendo incidere o colle forbici (come fece Maunoir nel suo caso), o bisturì sì lungo setto e potendosi di leggeri ledere il peritoneo: tutt'al più per la dilatazione si potrebbero adoprare delle candelette di radice di genziana rossa (meglio che di laminaria) raccomandate assai da Winkel (2).

Finalmente non mi perderò assai a lungo a discutere profondamente se l'anomalia fin qui discorsa vada riguardata come arresto di sviluppo, o sviluppo isolato di porzioni d'organo separate per impedimento d'unione, ovvero come anomalia per adesione, voglio dire se la vagina essendo in origine normalmente doppia tale sia restata, o invece sia sempre unica, e qui se ne siano adese per un tratto quasi lineare le pareti, onde poi sia rimasta bipartita, e ciò sempre nelle prime epoche della vita intrauterina. Però due parole ed un cenno per ricordare le teorie non saranno inutili pel pratico, che non ha sempre tempo e modo di ricercare e rovistare tali questioni sui diversi trattati di anatomia patologica e di embriogenesi.

Müller (3), Mondini (4), Ieoffroy Saint-Hilaire (5), Hyrtl (6), Vierordt (7), Förstar (8), Rokitanski (9), Veit (10), Scanzo-

(1) Boyer, Malad. chir. T. X. p. 452. Velpeau Clin. Chir.

(2) Deutsche Klinik, 1867.

(3) Bildungsgeschichte der Genitalien etc.; Dusseldorf 1830, in 4.° con fig.

(4) Mem. dell'Istituto di Bologna 1836, T. II.

(5) Histoire des anomalies de l'organisation. Paris. 1832, II. p. 553.

(6) Istituzioni di Anatomia dell'uomo 1865.

(7) Elem. della fisiolog. dell'uomo, 1865, Pag. 831.

(8) Manuale di Anat. patolog., e Die Missbildungen des Menschen, systematisch dargestellt. Iena 1861 (pagin. 160).

(9) Anatom. patolog.

(10) Krankht. des Weibl. Geschlechtsorg. in Virchow's Hndb., 2 Auf; 1867.

Digitized by Google

ni (1), Leon Le Fort (2), e in una parola pressochè tutti gli autori, ginecologi, patologi, embriologisti ed anatomo-patologi stanno per la prima opinione, e così spiegano l'embriogenesi fisiologica e la patogenia della mostruosità. — Gli organi detti *condotti di Müller* (prima pieni, poi addivenuti cavi), uno per parte, separati in alto dalla larghezza della colonna vertebrale e dai corpi del Wolff, ai lati di cui stanno collocati, partendo dalle ghiandole sessuali (che nella femmina addivengono ovaie) sboccano nel seno uro-genitale accanto ai condotti del Wolff unendosi in basso ed addossandosi l'uno all'altro: questi danno poi origine all'ovidotto, all'utero e alla vagina. La parte superiore resta permanentemente allontanata e costituisce le trombe del Faloppio, mentre le altre porzioni, media e inferiore, si accostano, si toccano, si fondono in un canale (genitale), in cui nasce poi una divisione o separazione trasversa in due parti (alla fine del 3.° mese) per la formazione dell'utero e della vagina, e già Thiersch ha veduto che oltre l'utero la vagina nasce dai due canali anzidetti l'un appo l'altro applicati. Nel tratto poi ove si sono toccate e fuse le parti in un canale unico logorandosi il setto resta un rafe mediano longitudinale o cresta rilevata (dalla quale poi si dipartono le strie o rughe trasversali), che è rappresentata per tutta la vita della donna dal corpo palmato o albero della vita anteriore e posteriore dell'utero, dalle colonne longitudinali anteriore e posteriore della vagina. Ciò è processo normale, e questo posto, è poi con ciò anche spiegata dagli autori la duplicità dell'utero e della vagina nelle forme e combinazioni diverse. Ora dunque in qualche rarissimo caso, qualunque poi ne sia la causa, lasciando ora dei diversi altri arresti di sviluppo che possono incontrare, se i due canali anzidetti non si uniscono affatto in tutta l'estensione, ecco che si avran due uteri e due vagine, se non si unificano nella parte media fondendosi nell'inferiore, il che è più frequente, restano due uteri, quasi come nei mammiferi inferiori (colle diverse forme di divisione duplice, bicorne, bipartito, biloculare etc.) con vagina semplice; se è limitata la permanenza di separazione solo alla parte inferiore, il che è più raro, cioè se le due estremità inferiori dei due condotti di Müller intanto che si sviluppano più o meno, e toccano la completa grandezza, non si confondono ed unificano in un condotto, ma restano separati, si ha utero semplice e vagina doppia, o vagine separate fra loro, persistendo un setto intervaginale. È *arresto* quindi *di sviluppo* o permanenza dell'organo allo stato embrionale, o nella forma dei primi mesi di vita. — A questa teoria si oppone il Calori, come si può vedere nel suo scritto sull'argomento (1), e che ritiene trattarsi non di arresto di sviluppo, come è detto, ma di *adesione* patologica, di morbosa coalizione, per queste ragioni. Egli sostiene che le estremità inferiori dei condotti di Müller, o future trombe non si prolungano entro il seno uro-genitale a comporre la vagina, ma si arrestano all'utero, che immediatamente formano, e la vagina è produzione immediata di detto seno, nè avvi alcuna epoca embrionale in cui il seno sia a doppio canale per un setto perpendicolare; poi le colonne longitudinali medie dovrebbero essere più ragguardevoli più giovine è il feto, il che è a rovescio e mancano negli embrioni (2). Invece egli tiene che lussureggiando un po' più dell'ordinario le colonne possano giungere a toccarsi, e nel punto di contatto possa svolgersi un processo adesivo onde si farebbero i setti. Qualunque sia la duplicità vaginale congenita non ha per lui il significato d'un arresto di sviluppo, ma di un eccesso e d'una coalizione di parti, che esser dovrebbero normalmente disgiunte. — Ad ogni modo le vagine in realtà non sono due, in quanto non sono complete relativamente ad una vagina normale. Lasciamo il mancare in ciascuna le colonne longitudinali (3), ma manca il raddoppiamento delle glandole del Bartolino e dei vasi e dei nervi; comunque si intenda geneticamente la cosa, è *una vagina*, dirò io, *divisa* da un setto longitudinale, o permanente, o formatosi poscia per processo patologico.

(1) Opera citata.
(2) Lavoro citato.

(1) Vedi la Memoria citata.
(2) Nel cadavere di un feto di poco men che di 6 mesi ho veduto però il corpo palmato anteriore dell'utero sì marcato che nulla più, e nella vagina in cambio di un rafe anteriore due enormi rialzi (dico enormi in proporzione della piccolezza della vagina) longitudinali, e con una insolcatura mediana occupata nella parte superiore e verso l'utero da una specie di uvola. Questo fatto mi pare stia per la duplicità in origine della vagina.
(3) In molte vagine siffatte colonne non sono quasi nulla appariscenti.

Spiegazione delle Figure.

Fig. I. — *a* Imene circolare pieghettato.
b Foro dell'imene quasi triangolare.
c Setto intervaginale.
d, *e*, *f* Angoli del foro dell'imene.
g Meato orinario esterno.

Fig. II. — *a*, *b* Le due vagine spaccate dalla parte posteriore.
c Setto intervaginale.
d Fornice destro.
e Muso di tinca destro spaccato.
f Fornice sinistro cieco.
g Muso di tinca sinistro.
h Cavità del corpo dell'utero.
i Passaggio indeterminato della cavità del corpo a quella del collo.
k Suddivisione sinistra del canale cervicale, disegnata assai divaricata.
l Corpo palmato anteriore incurvato.
m Asse dell'utero diretto alla vagina destra.
n, *o* Assi delle due vagine.
p Asse della suddivisione sinistra del collo.

Digitized by Google

Sul nuovo Cistotomo del Dott. Carlo Turrini e sul metodo di usarlo

Osservazioni

DEL

Prof. PIETRO LORETA.

Alcune considerazioni fatte sulla descrizione del cistotomo testè inventato dal Dott. Carlo Turrini e sul modo con cui devesi usare, mi condussero alle osservazioni che vengo ad esporre. Prima però mi piace di tributare una parola di encomio al collega Turrini, per l'ingegno meccanico col quale ha saputo costruire il suo istrumento, checchè se ne dica da chi lo vorrebbe *condannato all'obblio e nascosto nella non di rado benefica ruggine:* non potendo in alcun modo dividere l'opinione di quelli che nel cistotomo del Turrini ravvisano una copia fedele, o tutta al più una semplice modificazione del cistotomo Solera. — Gli onorevoli colleghi e successori dell'illustre Solera ignoravano anch'essi quella invenzione, e l'avrebbero forse per sempre ignorata, senza l'elogio che del Solera e del suo algali-cistotomo fu tessuto dall'egregio Dott. Cristoforis, e non ne avrebbero inoltre conosciuta la costruzione, se la mia proposta di un cistotomo nuovo pel taglio perineale, pubblicata nel Vol. 1.°, Pag. 142 della Rivista Clinica di Bologna, non li avesse eccitati e scossi a *perseveranti ricerche* per procacciarsi lo stesso istrumento. Ora quella ruggine (più o meno benefica secondo opinioni) che faceva velo agli occhi ed alla mente loro, perchè non poteva occultare al Turrini l'algali-cistotomo del Dott. Solera? Gli Arabi conoscevano pure l'arte di smaltare i vasi di argilla e la esercitavano in Maiorca prima del 1115, allora quando se ne impossessarono i Pisani; non pertanto Luca della Robbia sarà sempre, più che ristauratore, il vero inventore dell'arte moresca in Italia. Ma di ciò basta.

Ed ecco i veri motivi che mi dettarono le osservazioni critiche sul cistotomo del Turrini, le quali ho desunte dalla sua costruzione e dal suo modo di agire.

L'asta che serve di manico alla lama, il modo di incidere e di rientrare della stessa lama nella sua guaina, il mezzo impiegato per misurare la sede e la profondità della incisione, la lunghezza della lama rispetto alla spessezza del perineo, la natura degli organi che restano incisi e la direzione antero-posteriore in cui si esercita l'azione del tagliente, sono i punti sui quali ho fermato la mia attenzione.

E primieramente, comincio dall'osservare che l'asta centrale, che se mi è lecito, chiamerei volontieri manico del cistotomo, dovendo vincere la resistenza opposta dalla spessezza di tutti gli strati del perineo, parmi sia troppo debole, non solo perchè sottile in rapporto della sua lunghezza (decimetri 3; 4), ma inoltre perchè composto di tre pezzi snodati. La struttura e la spessezza dei tessuti che formano il perineo richiedono molta forza per essere trapassati da una lama tagliente, e il Turrini stesso se n'è bene accorto perchè ha munito di dentelli e di rochetto il suo istrumento. Ora se la forza che deve mettere in moto la lama eccede ed è sproporzionata alla grossezza dell'asta, comprendo come in tal caso non ne venga danno alla porzione posteriore invaginata e sostenuta dalle pareti del catetere che le serve da conduttore, ma dell'estremità opposta non deve accadere altrettanto. Quelle tre fragilissime articolazioni, movendosi, sostengono un forte impulso perchè incontrano una eccessiva resistenza: e dico una resistenza eccessiva, superiore a quella che i tessuti offrono alle incisioni comuni, perchè quella lama non taglia scorrendo e premendo contemponeamente ma per sola pressione, e quindi coll'impiego di forza maggiore e sproporzionata alla solidità delle tre articolazioni anzidette.

La lama uscita totalmente dalla sua guaina, ed incisi i tessuti del perineo, deve rientrarvi per un moto retrogrado che si sviluppa mercè di una trazione esercitata sull'anello terminale dell'asta, o manico del coltello. Intorno a che senza tener calcolo dei movimenti involontari dell'operato, pei quali la lama può perdere i suoi giusti rapporti coi margini e cogli angoli della ferita, mi sia lecito osservare che i tessuti che restano incisi sono elastici e inoltre mantenuti distesi dal pollice e dall'indice della mano destra dell'operatore; che la lama nella estremità libera presenta una punta acuminata, a partire dalla quale, verso il dorso, tien dietro un seno rientrante per guisa che la lunghezza del tagliente (cent. 3, 5) è maggiore di quella del dorso. Ora il ritorno della lama nella sua guaina non potrebbe per avventura essere impedito da qualche lembo appartenente ad alcuno dei tanti strati perineali, i quali e per la retrattilità diversa e per la diversa distensione patita cangiassero que'giusti rapporti di paralellismo che sembrano essere tanto necessari pei margini di una tale ferita? La qual cosa accadendo ognuno vede che rende impossibile la estrazione dello strumento dalla vescica.

Sul filo d'acciaio terminato in una estremità da un'uncino col quale deve unirsi all'occhiello della ghiera del catetere, e nell'altra estremità piegato ad angolo retto, e lungo tanto quanto dista lo stesso occhiello dalla estremità libera del tagliente quando è chiuso, mi nasce il dubbio seguente: ponete, dice il Turrini, lo strumento in modo che la punta della lama corrisponda

Digitized by Google

precisamente all' altezza di centimetri 1,5 all'innanzi dell'apertura dell'ano di fronte al rafe, lo che si fa unendo il filo di acciaio all' occhiello della ghiera, ed osservando se l'altra estremità piegata ad angolo retto corrisponda all' altezza indicata. Dubito assai che questo filo di acciaio sia un fedele esecutore dell' ufficio cui è destinato; e sorgono le mie incertezze da nozioni anatomiche le quali piacemi qui ricordare. La prostata varia in lunghezza secondo le età, e misura in media tra i 20, i 27 e i 33 millimetri; varia pure nella spessezza e massime nei raggi obbliqui inferiori col variare delle età tra i 7 e i 21 millimetri; e queste variazioni osservansi ancora indipendentemente dalle lesioni patologiche che ne possono quando aumentare e quando scemare il volume. Giova inoltre qui rammentare che il collo della vescica, o la base della prostata, uno dei punti che viene inciso, è distante dalla cute del perineo, prendendo la misura a 2 centim. al davanti dell' ano tra i 54 e i 72 millimetri, e che nelle persone magre e nelle grasse questa distanza oscilla tra i 54 e i 94 millimetri; che la media generale è di 67 millimetri nell' adulto e che finalmente nei fanciulli tra i 5 e i 10 anni è distante dai 40 ai 47 millimetri. Dopo ciò chi non vede quanto ipotetica sembri l'esattezza con cui quel filo d'acciaio può misurare la profondità dello strumento e determinare la sede precisa del taglio? E la spessezza del perineo variabile tra i 4 e i 9 centimetri, potrà essere tagliata sempre e completamente perforata da una lama che non conta più di 4 centim. e 5 millim. di lunghezza?

Gli organi che restano incisi dal cistotomo Turrini consistono in parte dell' uretra membranosa, nel collo della vescica, in tutto o maggior parte del lobo sinistro della prostata, e nei tessuti sottoposti compresa la pelle. Di questi ultimi, dell' uretra membranosa e del collo della vescica non una parola; ma del taglio prostatico nella totalità o quasi totalità non posso tacere, perocchè mi cadono sott' occhio i gravi pericoli che l'accompagnano quando l'operazione venga fatta sul vivo e non sul cadavere. Le grosse e numerose vene che, disposte a modo di plesso, circondano la prostata sendo totalmente divise da questo cistotomo daranno abbondante e pericolosa emorragia. Che se si affacciasse che in ogni processo del taglio o lateralizzato e bilaterale i raggi obbliqui inferiori della prostata restano quasi totalmente tagliati; osservo, che le incisioni in ognuno dei processi suddetti sono condotte dall'indietro in avanti in direzione paralella alla lunghezza della prostata stessa, di guisa che l'involucro fibroso che dà sostegno ai plessi venosi rimane intatto quand'anche il tessuto prostatico venga diviso in tutta spessezza. La lama del Turrini invece tagliando dall' avanti all' indietro perpendicolarmente all' asse longitudinale della prostata comprende tutti i tessuti ed anche le vene. Note son troppo le complicazioni immediate e mediate derivanti da così fatta lesione; chè se il tampone provvede alla emorragia immediata, resta sempre il pericolo della flebite letale, perchè mi dispensi dal fermarmi più a lungo su tale proposito.

Dalle considerazioni espresse parmi doverne dedurre che pericolosa ed incerta dev'essere l'azione del cistotomo Turrini. Pericolosa per la fragilità, per la complicazione della sua struttura e per la direzione in cui taglia; incerta perchè ha lama troppo corta, e per l' impossibilità di stabilire la sede precisa del taglio.

Che il Turrini poi, colla proposta del suo cistotomo, abbia peccato, come alcuno ha voluto asserire, *di titubanza e di imperdonabile imperizia consigliando ed appigliandosi egli stesso a un modo di cistotomia che garantisca il litotomo dal perdere la guida del siringone, anzichè attenersi al semplice e brillante metodo praticato col cistotomo libero sulla scanalatura del siringone, e guidato dalla mano e dall' occhio intelligente dell' operatore* parmi assolutamente falso. Se così fosse, quanti peccati imperdonabili e quanti peccatori dannati! Adams, Bronfield, Biennais, Guérin di Bordeaux, Savigny, Lecat, Tarin, Atti, Botto, Bezzi, ed altri tanti, e Loreta e Turrini, tutti eternamente perduti, per l' onesto desiderio sentito in comune di sottrarre, non fosse che l'uno per cento degli operati di pietra alle funeste conseguenze del *brillante e semplice metodo praticato col cistotomo libero sulla scanalatura del siringone.* E tanti chirurghi delle Marche e delle Romagne anch' essi dannati, perchè adoperarono il mio cistotomo, e si noti che fra essi si noverano due valenti litotomi, il Ceccarelli ed il Casati che se ne giovarono per ben quattordici volte. Chi non sa che l'occhio intelligente nè può seguire il cistotomo libero immerso che sia nella spessezza del perineo, nè può prevenire le più strane escursioni del cistotomo stesso, per poco abusi della sua libertà, quand' anche guidato da espertissima mano? Quante mani o non entrarono in vescica o vi entrarono di troppo arricchendo l'infausta eziologia degli infiltramenti orinosi, delle fistole retto-vescicali, e delle morti per cistite suppurativa. Brillare in chirurgia operatoria vorrà forse dire operare *cito, tuto ed jucunde.* Ora se l'esperienza dimostra che il *tuto* e il *jucunde* non sono gli attributi costanti del taglio perineale eseguito *col cistotomo libero nella scanalatura del siringone*, sarebbe mai, per effetto d' imperdonabile leggerezza, nato in taluno l'equivoco tra *cauti* ed *imperiti*, e tra *brillanti* ed *audaci?*

Digitized by Google

Della terapia empirica e della terapia scientifica

LEZIONI ORALI

DEL

Dott. MARIANO SEMMOLA

Professore di terapia nella R. Università di Napoli; e professore di medicina clinica nel grande Ospedale degli Incurabili

(Continuazione, vedi il N. 2).

Passiamo ora nel campo istologico. Per la patologia chimica notammo solamente le difficoltà grandissime, che non le permettono, almeno per ora, di formolare giuste domande alla farmacologia, e riconoscemmo la importanza ed il carattere in parte realizzabile dei suoi studi dal punto di vista terapico. Ma non possiamo dire lo stesso della istologia. Questa pagina così sfolgorante di nuova luce per la patologia, rimane affatto oscura e muta nel chiedere dei rimedi alla farmacologia. Dirò anzi che la istologia elevata a sistema, rimarrà sempre un sistema antiterapico per eccellenza, perchè conduce difilato al *nihilismo;* ed è perciò che i clinici anche più passionati per la patologia cellulare fanno gl'istologi dalla cattedra mentre diventano umoristi e nervosisti nell'esercizio della medicina al letto dello infermo. Mettiamo da parte l'accusa sistematica che il cellularismo merita, come qualunque altro sistema poggiato sopra principi esclusivi. Da questo lato, che si chiami Broussais o Virchow, al medico che ama davvero il progresso sperimentale della medicina, poco importa; il sistema anche poggiato sopra fondamenti sperimentali è una creazione scolastica e un anacronismo pel metodo sperimentale, è una barriera che paralizza il corso della scienza ed impedisce provvisoriamente ogni ulteriore scoperta. Io non voglio che solamente occuparmi della istologia dal punto di vista del progresso della terapia. E precisamente da questo lato che si mostra evidentissimo lo errore sul quale poggia la odierna istologia, quando si considera come base esclusiva della patologia. Essa col pretendere che le malattie provengano sempre dall'alterazione primitiva delle cellule o delle fibre de'tessuti, subordinando in altri termini la fisiologia patologica all'anatomia, suppone dimostrato, che realmente tutte le alterazioni anatomiche sieno sempre primitive mentre ve ne sono moltissime che in realtà sono il frutto o la conseguenza della malattia; il che non impedisce che questi prodotti possano alla loro volta diventare germi morbosi di altri sintomi. Accade insomma per molte malattie spontanee quello che vediamo ogni giorno per malattie artificiali, o avvelenamenti, in cui la alterata costituzione fisico-chimica dell'ambiente intraorganico (sangue e liquidi blastematici), manifesta dei gravi sintomi tossici senza lesione primitiva dei tessuti, eccetto il caso che non si voglia assimilare, come taluno ha creduto, anche il sangue ad un tessuto circolante. Ora chi è che non vede la sterilità del punto di vista istologico per la terapia, mentre il medico si propone con i suoi farmachi di modificare il sangue prima dei tessuti. Ed in tutti quei casi in cui il carattere della lesione è estremamente locale, sventuratamente la farmacologia non ci fornisce alcun dato per agire esclusivamente su qnella alterata nutrizione. Che cosa, p. es., può domandare il patologo al farmacologo per modificare un processo di sclerosi del midollo spinale o un rammollimento cerebrale per embolismo (Lancereau)? Il farmacologo in risposta non potrà che essere umorista per fare dei tentativi di cura. Ecco la vera cagione che ha sollevata sì aspra guerra fra i vecchi medici ed il progresso; i primi trincerandosi dietro gl'incontrastabili successi della terapia empirica ed il secondo nutrendo il fanatismo di far credere che davvero si fossero create delle nuove virtù curative nei farmachi. Ora non ci facciano illusioni i giovani medici. Tutte le più accurate ricerche microscopiche del mondo saranno sempre un prezioso acquisto per la scienza, ma non conduranno mai a scoprire il *vero* meccanismo patogenico della malattia, o qualche nuova virtù curativa di un farmaco. Allo stesso modo che la forma di un elemento nervoso non ci può indicare le proprietà nervose che trasmette, e la forma di una cellula epatica non ci saprebbe dire che essa è destinata a fabbricare zucchero, o infine lo elemento di un muscolo non farebbe prevedere la contrazione muscolare; allo stesso modo non è possibile di costruire la evoluzione dei sintomi morbosi sopra le alterazioni microscopiche dei tessuti che si trovarono all'autopsia. Indovinare la evoluzione morfologica ed il meccanismo dei sintomi della malattia, dall'ultimo termine che si osserva, equivale a far rivivere l'*anatomia animata* di Haller, e costruire in patologia delle dottrine che differiscono in ciò dai romanzi della medicina passata, che invece di poggiarsi sopra ipotesi grossolane si poggiano sopra ipotesi microscopiche. Quantunque oggidì, questo esclusivismo anatomico, meno pochi esempi, abbia ceduto il posto allo indirizzo fisiologico, nondimeno dal punto di vista della terapia anche questo indirizzo nulla può chiedere seriamente alla farmacologia, poichè la soluzione dei più importanti problemi rimane ancora un connubio di realtà e di illusioni. Notate bene che io intendo parlare di nuove virtù curative e non già di metodo terapeutico; perchè questo ultimo ha realizzato dei perfezionamenti indiscutibili. Sono due

Digitized by Google

cose ben diverse, scovrire dei nuovi farmachi, mettendo in rapporto le nozioni patologiche con le farmacologiche, ed applicare alla cura dei mali i farmachi già conosciuti con quell' ordine nel quale il metodo fisiologico costruisce la filiazione dei sintomi. Ebbene in quanto alla prima parte, lo ripeto, a nnlla han condotto e potevan condurre i progressi della patologia sperimentale. Continuo sempre l'esempio della inflammazione. Datemi un rimedio, essa dice alla farmacologia, che attenui o paralizzi la esaltata attività nutritiva e prolifera di un tessuto, e la farmacologia fisiologica tace perchè essa conosce bensì delle sostanze che hanno questa virtù; ma queste sostanze ucciderebbero prima di guarire la inflammazione. Trovate almeno un farmaco che impedisca la emigrazione dei leucociti dai capillari sanguigni, o che distrugga la loro proprietà di moltiplicarsi e di metarmofizzarsi in corpuscoli di pus. La farmacologia non conosce queste azioni fisiologiche.

Ma poniamo che la farmacologia avesse davvero trovata una sostanza capace di impedire la emigrazione dei leucociti. Credete voi che si sarebbe fatto un gran passo nella cura della imflammazione, almeno per impedire uno dei suoi esiti più gravi? Niente affatto. La farmacologia ha creduto in buona fede che la patologia le indirizzasse una sincera domanda, e che fosse certa del fatte suo, Invece la domanda ha avuto per pnnto di partenza una nuova illusione e la risposta non può essere che un disinganno; poichè delle recentissime e rigorose sperienze dimostrano non essere vera la emigrazione dei leucociti nella flogosi, e ciò che è più grave ancora, non potere questa emigrazione avvenire, perchè la esistenza di stomi e di solchi canalicolati nelle pareti vascolari è lungi dall'essere dimostrata. E così in pochi anni Virchow detronizza gli umoristi ed i vitalisti, Conheim detronizza Virchow, ed ora Feltz detronizza Conheim, forse con poca speranza di rimanere coronato davvero. Questo moto perpetuo di essere e di non essere sarà bellissimo perchè prova la febbrile attività delle generazioni nella ricerca del vero, ma dovrebbe alfine persuadere i medici progressisti radicali a non intestare la terapia sperimentale con nuove ipotesi, spacciate per moneta effettiva.

Ma nella flogosi, si è detto, figura anche lo elemento della iperemia attiva, e si sono chiesti in conseguenza alla farmacologia degli agenti che stringendo il lume dei capillari contribuiscono ad allontanare una delle non lievi condizioni aggravanti l'attività del processo inflammatorio. La farmacologia ha fornito molte sostanze, alcune operanti su la tunica muscolare dei vasi ed altre sui nervi vaso-motori. Ma il risultato terapico è stato ben contestabile e, dispiacevolmente lo si vede e si controlla ogni giorno nei casi di flogosi estese e gravi. Perchè, o si tratta di sostanze agenti a contrarre le fibre muscolari organiche, e quando se ne amministrasse tal dose da produrre il desiderato effetto sul grado della iperemia inflammatoria, non mancherebbero di prodursi disordini gravissimi e tossici su le parti irrigate dal sistema vasale, che non ha bisogno di contrarsi, ovvero non restano che le sostanze capaci di eccitare il sistema nervoso vaso-motore.

Tralascio di notare che oggidì si comincia ad abusare singolarmente della parte che prende il sistema vaso-motore nella patogenesi dei processi. Questa scoverta, che tanto onora la fisiologia francese, minaccia di diventare un vero luogo comune, e dubito che continuando su questo metro, i poveri nervi vaso-motori avrebbero forse preferito di rimanere nell' obblio anzichè diventare responsabili di tutti i malanni della umanità. Sia anche ammesso, ciò che non può dirsi ancora dimostrato che la iperemia nevro-paralitica molto si avvicini alla iperemia irritativa. Passa gran differenza di risultato fra gli effetti ipercinetici che si ottengono quando, la chinina p. es., agisce a compensare lo indebolimento dei nervi vaso-motori che sta da sè, e senza una immediata cagione materiale che lo provochi e la iperemia capillare che è sostenuta ed incessantemente aggravata da causa flogena di indole discrasica od infettiva. La clinica sta là per provarlo. Eccovi, p. es. una signora che osservai pochi giorni or sono, la quale, in seguito di vive e ripetute emozioni morali, soffriva da meglio che un giorno rossori al volto quasi permanenti con bagliori di vista e lievi capogiri. È un esempio di iperemia per paralisi vaso-motoria riflessa, di cui l'arco diastaltico ha avuto per punto di partenza lo eccitamento delle cellule nervose che presiedono alla ideazione, cioè a dire dello strato corticale degli emisferi; per centro di riflessione lo apparecchio bulbare, e per vie di irradiazione i vaso-motori del trigemino e del facciale. Dopo che si era tentato, forse anche con aumento dei sintomi, un salasso (!!) ed un purgante (!!) io feci amministrare un grammo di bisolfato di chinina con otto centigrammi di estratto secco di belladonna in tre prese. Bastarono otto a dieci ore perchè fosse scomparsa ogni sofferenza e la continuazione del rimedio ne impedì la riproduzione. Questo successo è senza dubbio dovuto all'azione fisiologica della chinina e della atropina che trovasi in antagonismo col rilasciamento vaso-motorio, mentre nessuna cagione materiale continuava ad agire sui nervi vaso-motori dopo la prima perturbazione. Ma prendete le iperemie nevro-paralitiche di origine discrasica, e sia anche la iperemia reumatica la più semplice. Studiatene il decorso e la durata su la congiuntiva p. es., dove proprio la vedete, o sopra organi interni, tenendole dietro coi disturbi funzionali. Ebbene, non

Digitized by Google

mi sono mai accorto della *immediata* e *diretta* influenza della chinina o della atropina a diminuire la iperemia. Scemano sì le iperemie e guariscono, ma dopo alcuni giorni ed allora rimane ben dubbio che la guarigione sia avvenuta per l'azione ipercinetica che si era prodotta fino dalle prime ore della cura con sostenute dosi di chinina e di belladonna. Anche prima della nascita dei nervi vaso-motori queste iperemie reumatiche guarivano nello stesso tempo; ed al contrario se chiedete soccorso agli ipercinetici vaso-motori nei casi in cui la cagione discrasica è molto grave, non vi resta che il disinganno di perdere il vostro ammalato con vaste congestioni del polmone o del cervello. Sono dunque ben limitati i casi in cui la patogenesi nevro-paralitica può chiedere un potente e sicuro aiuto alla farmacologia, epperò si vede troppo chiaramente quanto possa essere finora la influenza degli studi fisio-patologici a scoprire dei nuovi farmachi. Aspettate, abbiate pazienza, fate che essi siano completi, parmi di sentire a gridare da ogni parte, da coloro a cui spiace che si ripeta senza molta vernice, che alfine i rimedi non sono cangiati e che lo scalpore della novità e della riforma non è che l'arma di uno sleale apostolato onde dei falsi profeti pretendono discreditare la vecchia medicina per attribuirsi il monopolio della successione. Ebbene, io voglio ammettere per poco che le conoscenze istologiche ed istochimiche siano complete, e che nessuna lacuna sconcerti la storia sincera dello sviluppo delle alterazioni organiche, e la loro esatta successione ed il loro vero rapporto colle manifestazioni sintomatiche. Saremo allora allo apogeo della patologia sperimentale; eppure noi non conosceremo ciò che importa davvero per trovare il farmaco sicuro di un processo morboso. Mi spiegherò più chiaramente. Prendete il caso di una polmonite. Quando questa malattia finisce con la morte, l'autopsia dimostra le lesioni ben conosciute sotto il nome di epatizzazione rossa o grigia. Noi conosceremo benissimo che un essudato fibrinoso più o meno misto a leucociti si è formato negli alveoli, e tutte le altre alterazioni di tessuto e di circolazione che lo accompagnano. Ma queste lesioni non rappresentano la polmonite; esse ne sono le conseguenze. La vera malattia locale primitiva è l'infiammazione, ossia una speciale irritazione degli elementi anatomici di una regione del polmone, irritazione che produce un disordine particolare nella nutrizione intima, irritazione che si può quasi considerare, in modo astratto, come staccata dalla sequela di alterazioni che ne sono il prodotto. E questa irritazione, detta infiammatoria, degli elementi di un tessuto o di un organo, che è realmente la modificazione fondamentale e caratteristica di ogni flogosi, essa è proprio la flogosi e ne esprime la natura, essa è la cagione delle lesioni trovate dipoi ed è propriamente contro di essa che bisogna cercare un farmaco per combatterla; mentre chiedendo e adoperando dei farmachi contro tutti i suoi effetti dal primo all'ultimo, non si evita punto che quella primitiva irritazione si diffonda, ed invada regioni ancora sane, per procurarvi la stessa serie delle alterazioni che noi ci sforziamo a distruggere.

La clinica conferma ogni giorno questo concetto. Essa, p. es., poggiata su la terapia empirica, cura col mercurio una infiammazione sifilitica e, senza menomamente preoccuparsi dei prodotti dovuti alla evoluzione del processo, la guarisce; mentre, facendo appello alla terapia razionale crede di usare mezzi potentissimi contro il meccanismo di una flogosi reumatica, e frattanto non impedisce la morte dell'infermo, perchè non possiede un farmaco che curi il primo momento etiologico della discrasia reumatica locale, ossia la natura di una infiammazione reumatica. Io sono ben lontano dal rifiutare ogni importanza a queste lesioni secondarie; anzi se questo fosse il mio scopo vi mostrerei, p. es., di che sia capace l'ostruzione degli alveoli polmonari fatta dall'essudato fibrinoso o fibrino-purilento. Ma qualunque sia il valore di essa e la parte che può prendere la terapia contro queste alterazioni secondarie, egli è innegabile che i veri farmachi antiflogistici dovrebbero combattere l'irritazione infiammatoria primitiva e non già il meccanismo de'suoi effetti.

Questo che ho detto della polmonite, si può ripetere nella più grande maggioranza dei processi morbosi acuti o cronici. Prendete ad esempio la cirrosi del fegato e la sclerosi del midollo spinale. Quale è l'alterazione primitiva in questi casi? E forse la produzione esagerata del tessuto connettivo negli spazi interlobulari del fegato, o negl'intervalli delle fibre nervose del midollo? Io non esito a dire che no, e che invece la sclerosi del tessuto in questi due casi è una alterazione secondaria, sicchè non è contro di essa che bisogna cercare un rimedio. Questi esempi sono molto importanti per la pratica, perchè essi ci permettono di riconoscere nettamente che in certe malattie si può stabilire una distinzione assai utile frai sintomi legati alle alterazioni primitive e dominanti ed i sintomi che si manifestarono in seguito delle alterazioni secondarie. Il rimedio della cirrosi epatica dovrebbe essere diretto contro quella irritazione morbosa tutta propria che colpisce le cellule epatiche forse anche prima degli elementi del connettivo interlobulare. Or bene tutti gli effetti anatomici di questa irritazione degli elementi istologici del fegato nulla ci dicono su la natura di essa. Vi è un primo periodo della malattia in cui se vi fosse nota questa natura la guarigione non mancherebbe. Ed invece la conoscenza esattissima del meccanismo istologico nulla ci consiglia per arrestarne il corso

Digitized by Google

fatale. Dopo i dolori epatici, la dispepsia, i disordini intestinali, e rarissimamente anche la itterizia precoce e la tendenza alle emorragie, che esprimono il primo periodo del male, la terapia assiste silenziosa allo sviluppo esagerato del connettivo interlobulare, alla sua retrazione, analoga a quella del tessuto cicatriziale ed in conseguenza alla insufficienza funzionale del fegato, alle difficoltà crescenti della circolazione epatica, alla ascite ed alla morte. Ogni dotto pratico potrebbe dire lo stesso dell'altro esempio che ho citato insieme alla cirrosi epatica; cioè della sclerosi del midollo spinale. Scelgasi l'atassia locomotrice progressiva. Bisogna distinguere due fasi in questa malattia. Nella prima vi è una iritazione degli elementi nervosi del midollo spinale, una specie di mielite parenchimatosa, la quale, fra' diversi sintomi, si rivela principalmente con i dolori folgoranti. E molto probabile che in un primo tempo non esista ancora la iperplasia del connettivo, non ostante la rapidità con la quale essa si produce. Ebbene, in che consiste istologicamente la modificazione degli elementi nervosi in quel primo tempo? Noi lo ignoriamo, e lo ignoreremo sempre. E frattanto la sola terapia possibile deve dirigersi contro questa ignota alterazione primitiva; mentre ogni altro sforzo di cura non può menomamente impedire la iperplasia della nevroglia con distruzione degli elementi anatomici nervosi. Sicchè talvolta ho osservato, che se dopo molti tentativi, una fortunata terapia e principalmente l'uso metodico dell'acqua fredda, giungono ad arrestare il processo morboso primitivo, i dolori folgoranti spariscono affatto, e frattanto la diminuzione della sensibilità ed il disordine di coordinazione persiste perchè la sclerosi midollare costituiva già un'alterazione nutritiva divenuta indipendente dal primitivo artefice del male.

Ecco ben chiaro, siccome io prevedeva, che anche le nozioni più complete su la evoluzione di un processo morboso nulla mai ci diranno per poter formolare una giusta domanda alla farmacologia, perchè il disordine iniziale e caratteristico della intima nutrizione rappresenta la natura de' fenomeni biologici, e questa natura ci sarà mai sempre ignota. Si aggiunga a questi ostacoli insormontabili per la vera patologia sperimentale la fisiologia ancor militante sopra molti punti, che debbono servirle di base, le lacune immense o la oscurità completa che finora presenta lo studio di un gran numero di malattie, le follie diverse, le grandi nevrosi, come lo isterismo e l'epilessia, il tetano, la corea, la idrofobia, il diabete ecc. ecc., e mi si dica come è possibile farsi ancora illusione su le investigazioni istologiche ed istochimiche, quali fedeli punti di partenza, per scovrire dei nuovi farmachi. Nè io voglio appigliarmi solamente alle quistioni più intrigate e complesse. Rivolgetevi ad uno dei disordini più semplici e comuni, la febbre. Cosa han propriamente fruttato gli appelli fatti alla farmacologia fisiologica per curarla? Si è creata, poggiandosi su la dottrina dei nervi vaso-motori, una classe di rimedi antipiretici; ed ogni pratico sincero sa bene nella sua coscienza quante volte si può contare su la loro efficacia. Oggi la miseria di questi risultati terapici non è più un mistero, e la scienza comincia a darcene la chiave, perchè ci indica come potentissimo elemento febbrigeno la presenza nel sangue di *sostanze pirogene*. Ai rimedi antipiretici, che agiscono eccitando la contrazione dei capillari, bisognerebbe dunque oggi aggiungere quelli che diminuiscono nel ricambio materiale la prevalente formazione dei prodotti riduttivi; e non dubito che per essere logici si proporrà l'arsenico che risponde assai bene a questo concetto. Voglio stare ad osservare qual sarà il bravo clinico che avrà il coraggio di avvalersi di questo farmaco per attenuare la urente e divoratrice febbre p. es., di una infezione tifica; salvo poi a veder morto lo infermo forse di due attossicamenti anzichè di uno solo. Ma qual vi può essere medico scienziato che non veda che queste indicazioni poggiate sull'antagonismo fra il meccanismo della febbre e quello dell'azione fisiologica di un farmaco non sono meno ipotetiche e meno empiriche di quelle che tanto ci scandalizzano ispirate dalla fisiologia romanzesca di Broussais o dal sistema di Rasori? Chi non vede che queste indicazioni suppongono identico ciò che è diversissimo, la natura cioè di questi prodotti pirogeni nelle diverse febbri? Ammettere identica la qualità di questi prodotti nella scarlattina, nel vaiolo, nel tifo e nella più semplice febbre da raffreddore non è solamente un'ipotesi, ma è un grossolano errore, che basta la più volgare sperienza clinica per condannare. I risultati dunque di questa specie di indicazioni non aggiungeranno mai dei grandi e veri farmachi alla terapia, e quella che si edifica ogni giorno su fondamenti di tal natura col nome di terapia razionale non è che terapia ipotetica. Per essa non giungeremo mai a scoprire dei farmachi come la china ed il mercurio: han pur troppo ragione i vecchi medici, e lo tengano bene a mente, i giovani e non si lascino illudere dalle grandi frasi. Nè si credano giustificati nelle loro illusioni affrettandosi a riconoscere sempre nella prova clinica il controllo fedele di una teoria. Il letto dello ammalato è senza dubbio il tribunale inappellabile della verità di una dottrina; ma è pur vero che ammalati molti e gravi, guarirono sempre, e che la clinica fu sempre di testo e di pretesto a tutti i sistemi. Più tardi dirò a quali condizioni la guarigione delle malattie esprime il vero merito della cura; per ora rammentisi questo che gli ammalati guariti fanno spesso da falsi testi-

Digitized by Google

moni in favore delle più ingiuste cause e che, se la benigna terapia naturale non accorresse a coprire col suo caritatevole manto la fallibilità della teoria, il medico resterebbe sovente umiliato da una crudele delusione.

La conseguenza pratica finale di ciò che finora ho esposto sta precisamente in quello che vi dissi in principio, cioè che la sorgente più feconda e sincera delle grandi virtù curative fu l'empirismo, e che tutte le investigazioni patologiche, le più minute, possono condurci a formolare dei metodi di cura sintomatici o compensativi coi farmachi già noti, ma che esse rimarranno sempre sterili per scovrire nuovi farmachi diretti a curare la natura intima delle malattie, che deve esprimere pel medico il più solenne scopo delle terapeutica.

Non resta ora che ad esaminare il lato farmacologico di questo argomento, cioè, conosciuta l'azione fisiologica di un farmaco se ne possono dedurre le virtù curative? Anche questa nuova sorgente di terapia razionale è da considerarsi assai meno limpida di ciò che si è creduto, ed è però che finora non ne scaturirono preziosi acquisti. Sarò assai breve nel dimostrarlo perchè le cose dette a proposito della parte patologica mi risparmiano molte ripetizioni. Per azione fisiologica di un farmaco (e forse meglio si direbbe azione patologica), si intende tutta la storia dei disordini generali o locali, organici o funzionali che esso è capace di ingenerare nell'organismo allo stato sano, dal momento del suo ingresso nel corpo fino alla sua completa eliminazione. Questa parte degli studi biologici, questa specie di fisiologia comparata, che è propriamente la vera farmacologia, ha cominciato solo negli ultimi tempi ad essere trattata col metodo sperimentale, nè poteva esserlo prima, perchè essa richiedeva come base necessaria un grande sviluppo negli studi fisiologici.

Infatti sarebbe stato impossibile di giudicare dello stato morboso senza conoscere bene le condizioni della sanità: lo studio dell'azione fisiologica di un farmaco non essendo altro che lo studio di una malattia artificiale. Ed è per questo che nella farmacologia fisiologica si videro riprodotti gli stessi errori che avevano dominato in patologia, confondendo empiricamente la forma dell'azione dei farmachi di diversissima natura, ovvero sostituendo le ipotesi ai fatti sperimentali per chiarire il meccanismo dei loro effetti. Oggidì noi possiamo con maggior precisione riconoscere in queste malattie artificiali, prodotte dai farmachi, gli stessi quesiti che studia la patologia per le malattie spontanee, cioè, determinare:

1.° La forma ultima e sensibile dell'azione dei farmachi (nosografismo).

2.° La filiazione fisiologica dei diversi effetti ed il meccanismo delle diverse alterazioni (processo morboso).

3.° La qualità intima dell'azione di un farmaco sui liquidi e sui solidi dell'organismo (natura della malattia).

Ebbene, egli è chiarissimo che dallo antagonismo che puossi scoprire fra l'azione fisiologica di un farmaco e la storia di una malattia, ne deve derivare, in modo semplice e diretto, qual è il valore delle nostre conoscenze di farmacologia fisiologica considerata come la via di scoprire nuove virtù curative. Ma per studiare questo antagonismo egli è indispensabile formarci dapprima un'idea esatta e senza illusioni di ciò che davvero sappiamo in farmacologia, siccome già facemmo per la patologia. Questo inventario della scienza farmacologica può essere fatto sotto due punti di vista, il punto chimico ed il punto biologico. In quanto al primo nulla ho da aggiungere a quello che già dissi nel principio di questo argomento, e spero che il lettore siasi fatta un'idea chiara di quel fondamentale principio di farmacologia chimica che enunciai e dimostrai sì lungamente intorno al valore delle indicazioni curative, dedotte dalle reazioni chimiche. — Passiamo dunque alla parte biologica, e dapprima alla forma dell'azione. Il nosografismo è fuori ogni dubbio la parte degli studi farmacologici che trovasi nel maggiore progresso. Ma la conoscenza minuta per quanto si voglia della forma ultima dell'azione di un farmaco conduce a ben magri risultati nella terapia; anzi essa è stata finora cagione di un deplorabile empirismo nella classificazione dei farmachi, mascherato con lo specioso nome di classificazione fisiologica. Io ripeterò che quelle classificazioni sono empiriche perchè esse confondono insieme farmachi apparentemente analoghi, ma in realtà di azione fisiologica e terapica, diversissima. Questa azione fisiologica ultima non può svelare dunque al medico quale sarà la vera virtù curativa di quel farmaco, ed è solamente in casi rarissimi che potrà essere utilmente applicata. Questi casi sono quelli in cui si può rimuovere la cagione di una malattia con l'effetto sensibile di quel medicamento, senza preoccuparsi menomamente del modo onde il farmaco agisce. Così, p. es., quando vi sarete assicurato che quella tale sostanza agisce fisiologicamente, determinando il vomito, avrete tosto la idea di amministrarla per curare una cardialgia da cibo indigesto per vuotare lo stomaco. Dite lo stesso di una sostanza che riesce purgativa. A voi poco importa di sapere in qual modo agisce la ipecacuana o il solfato di zinco, l'olio di ricino o la scamonea. Voi non utilizzate che il vomito, che esprime il nosografismo proprio ai primi farmachi e la purgagione del ventre che è l'effetto ultimo e sensibile dei secondi. Il vomito e la purgazione faranno in tal caso una vera cura etiologica. La

Digitized by Google

sola condizione indispensabile perchè questa cura si realizzi è che lo stato anatomico degli organi, sui quali il farmaco agisce, non si opponga al manifestarsi dello effetto. Questa è una condizione generalissima che mentre è così evidente, ha ben poco richiamata l'attenzione dei farmacologi. Se p. es. esiste un invaginamento dello intestino, il purgante non farà effetto, e, se il par vago è paralizzato nelle sue estremità gastriche, il vomito non avrà luogo. Oltre di questi casi e di qualche altro analogo, l'azione ultima di un farmaco nulla ci dice in quanto a cura etiologica o di processo. Esistono bensì indicazioni terapeutiche numerosissime poggiate su la forma dell'effetto de' medicamenti, ma queste non sono e non possono essere che indicazioni empiriche o sintomatiche che dir vogliate. Esse sono poggiate su l'antagonismo fra la forma della malattia prodotta dal farmaco e la forma della malattia che si vuol curare; e questo è un antagonismo apparente e non già un antagonismo intimo. Il curaro produce una forma di collasso muscolare per la paralisi dei nervi motori, ma questa forma è antagonista della rigidità tetanica; dunque il curaro sarà il rimedio del tetano. Io direi invece, per essere esatto, il rimedio della forma del tetano, perchè non ne cura di certo nè l'ignoto processo, nè la varia cagione. Lo antagonismo di forma fra il curaro ed il tetano impedisce solamente gli effetti meccanici fatali di questa malattia e permette così che il processo si esaurisca se è possibile o sia compensato da altri farmachi. Ma se non può avvenire nè l'uno nè l'altro (tetano stricnico, ecc.), il tetanico morirà con tutto il curaro. — L'esempio arrecato farebbe credere che anche la cura sintomatica dedotta dal nosografismo del farmaco possa essere sempre un utile aquisto. Niente affatto. L'antagonismo apparente nel maggior numero dei casi aggrava le condizioni dell'infermo, e propriamente quando l'azione del farmaco ha luogo sull'organo stesso che è il punto di partenza della forma della malattia, e con un meccanismo che congiura insieme col processo morboso primitivo ad aggravare il sintoma che si vuol compensare. L'oppio calma i dolori, ma se lo amministrate in una cefalea di origine congestiva, il dolore si aggrava, perchè produce un aumento della congestione. La scilla fa orinare, ma se vien data in tutti quei casi in cui vi è raccolta sierosa e scarsezza di orina, il risultato sarà o nullo, p. es., in un'ascite da cirrosi epatica, o dannoso, come in una idropisia generale per nefrite di Bright, e pochissimi saranno i casi in cui lo antagonismo empirico fra l'azione diuretica della scilla e la scarsezza delle orine in una malattia frutterà un'azione benefica. E così dite della stricnina in una paraplegia per mielite, della digitale in una palpitazione cloro-anemica e di mille altri esempi, dai quali si deduce perentoriamente che lo studio del nosografismo dei farmachi, ossia del loro effetto ultimo e sensibile è di importanza pochissima o nessuna per farci scovrire lo vere azioni curative di essi. E per questo appunto che oggi la farmacologia fisiologica non si arresta più alla forma dell'azione di un farmaco. Essa varca le diverse soglie dell'organismo e vi penetra con la fiaccola della fisiologia normale per determinare il meccanismo onde si producono gli effetti del farmaco. Essa trovasi così sul fecondo cammino che le fa distinguere nettamente, che molti farmachi producono lo stesso effetto ultimo con meccanismi intermedi diversissimi, e che però le sedicenti classi fisiologiche dei farmacologi di ieri non sono che classi empiriche. Questo è davvero un gran progresso per la odierna farmacologia, e direi che proprio adesso questa parte della medicina comincia a divenire una scienza sperimentale, modellando il suo cammino sopra di quello in cui pochi anni prima fu preceduta dalla patologia, che inaugurò il suo periodo scientifico, risalendo dal sintoma alla sua cagione ed al suo meccanismo. Le conoscenze che ogni giorno si acquistano su questo campo quasi vergine saranno sempre pel medico pratico un corredo della più alta importanza e chi crede di disprezzarle è un ciarlatano e non un medico. Saper bene ed a fondo di che è capace l'arma con la quale il medico deve combattere, la è cosa di prima necessità, e non si comprende agevolmente come in tanto progresso di studi patologici di ogni maniera, gli studi sperimentali di materia medica non siano ancora venuti relativamente in grande onore. Maneggiare dei farmachi, ossia dei nemici del nostro organismo, senza avere le più esatte nozioni sul male che possono fare, è cosa da bambini. Egli è come se si prendesse in mano un *revolver* senza sapere in che modo è capace di far fuoco. Accade pur troppo assai spesso che, tirando il grilletto per azzardo, l'arma scatti ed uccida. Chi oserebbe supporre che gl'Inglesi ed i Prussiani siano andati alla guerra senza conoscere benissimo tutte le proprietà del cannone Armstrong e del fucile ad ago? Ebbene i medici non solo lo suppongono ma hanno il coraggio di farlo, e danno prova di una rara ingenuità maneggiando delle armi assai più potenti del *revolver* senza conoscerle che di vista o di nome. Lo studio dunque della farmacologia scientifica o sperimentale che voglia dirsi è senza alcun dubbio uno dei più necessari nello esercizio pratico della medicina. Ma, considerato questo dubbio siccome mezzo di scoprire nuove virtù curative, esso non ha fruttato e non frutterà che ben poco alla terapia. La conoscenza del meccanismo, onde agisce un farmaco allo stato fisiologico, nulla ci può dire della sua vera azione curativa e tutto al più conduce ad un risultato terapico compensativo poco dissimile da quello che si raggiunge con la cura

Digitized by Google

sintomatica apparente. Mi spiego meglio. Le indicazioni curative che si sono poggiate sull'antagonismo esistente fra il meccanismo, onde si produce la forma della malattia e quello dell'azione del farmaco, sono poco meno che indicazioni anche esse sintomatiche, e solamente possono riescire davvero curative in modo completo nei pochissimi casi in cui trattasi di vincere con questo meccanismo di azione del farmaco un effetto morboso, di cui la cagione primitiva e speciale ha cessato di agire. Così, per es., già vi citai l'esempio di quella dama in cui la iperemia facciale fu curata con la chinina e con la belladonna. Ecco un esempio di antagonismo meccanico fra il sintoma morboso e l'azione del farmaco. La iperemia era nevro-paralitica; la cagione esterna aveva cessato di agire, ed in conseguenza lo eccitamento dei vaso-motori e la ischemia artificiale era proprio tutto il meccanismo della cura. La chinina e l'atropina hanno precisamente questo meccanismo di azione fisiologica. Qualunque sia per essere il resto della loro azione generale, al medico poco importa in questo caso. La indicazione è rigorosamente sperimentale ed il successo ne controlla la verità. Nei fanciulli osservo assai spesso febbri violentissime insorgere dopo qualche grave spavento. La chinina e l'atropina amministrate prontamente le guariscono in uno o due giorni con un meccanismo analogo.

Ma questo meccanismo fisiologico deve intervenire nella cura come antagonista del meccanismo di un processo morboso di cui la cagione persiste e la natura ci è ignota, allora il risultato è poco meno che nullo, perchè la cura in realtà è quasi sintomatica. Si tratta di compensare un sintoma più interno (mi si conceda la parola), un sintoma non apparente e sensibile, ma che la patologia si è incaricata di mettere in aperto. Così, p. es, sia una congestione del pulmone anche essa nevro-paralitica, ma di origine infettiva, tifica. La chinina si dice è il più efficace rimedio in questo caso per ottenere la guarigione, perchè la sua azione fisiologica sui capillari trovasi in antagonismo col meccanismo del processo morboso. Sta benissimo. Ma i poveri capillari rilasciati per la paralisi vaso-motoria si trovano in permanenza sotto l'azione della causa tifica che la produsse. A chi obbediranno essi dunque questi nervi vaso-motori, alla infezione della malattia che li paralizza ovvero all'azione della chinina che si propone di eccitarli? Non è difficile il prevederlo, e quando si è stati in mezzo ad una epidemia di tifo non si può menomamente dubitare della verità della previsione. Eccola: quando il grado della infezione tifica è solenne si può dare chinina quanto si vuole; si può determinare il chinismo il più evidente e la congestione pulmonica non ne risente alcun beneficio. Che anzi, non ostante la sua azione, la paralisi vaso-motoria diventa più grave e diffusa, il polmone più congesto e l'ammalato muore senza misericordia. L'antagonismo dunque in questo caso non è che illusorio, perchè l'azione fisiologica ipercinetica dei capillari che la chinina dovrebbe produrre non può manifestarsi a cagione che gli strumenti di questo meccanismo, cioè il sistema nervoso organico, si trovano profondamente alterati dalla infezione tifosa, e non risentono più la caratteristica azione dei sali di chinina. Se per contrario si tratterà di un tifo mite e curabile, nessuna sperienza vi è che mi assicuri davvero essersi la congestione pulmonica dissipata per l'azione della chinina, quando molti altri rimedi fanno lo stesso senza essere ipercinetici dei capillari. Anche io consiglio nel tifo delle discrete dosi di chinina, ma non certo come ipercinetico dei capillari; ed a conferma di ciò mi affretto di aggiungere che la dose quotidiana di mezzo grammo, in molte prese, sarebbe incapace di sostenere un'azione ipercinetica sensibile, e che non rimasi mai edificato delle grandi dosi di sali di chinina, che, senza assicurare la guarigione, riescono dannose allo stomaco ed al cervello dei poveri infermi. Ed oltreaciò, se la chinina fosse davvero utile come ipercinetica dei capillari ad impedire o curare le congestioni nevro-paralitiche, perchè non ricorrere alla atropina, alla segala cornuta ed a tanti altri rimedi capaci di produrre fisiologicamente la ischemia dei capillari ad un grado molto maggiore? Ve lo dirò io. La china fece le sue buone prove cliniche contro del tifo quando non si sapeva qual fosse il meccanismo della sua azione. La teoria pretese più tardi di spiegarla e fece bene; ma non ebbe il coraggio di spingere più oltre le sue deduzioni, perchè i suoi creatori non hanno mai veduto un caso di tifo, ed i medici pratici hanno rifiutato il suo intervento, giudicandolo assai spesso di greca fede; ed hanno avuto ragione. Percorrete tutti i casi possibili di congestioni nevro-paralitiche sostenute da cause materiali infettive o discrasiche, dalla febbre gialla fino al reuma più semplice, e troverete sempre ad applicare lo stesso ragionamento, sicchè la conchiusione è inesorabilmente questa, che le virtù curative ricavate dallo studio del meccanismo di azione dei farmachi, contrapposto a quello dei processi morbosi, non sono che virtù forse neppure compensative del processo, perchè il meccanismo dell'azione fisiologica del farmaco non può nemmeno svolgersi sotto l'impero prevalente di un'altra condizione chimica, che è quella della natura della malattia, contro la quale quella sostanza non può spiegare alcuna influenza.

Quelli che volessero esempi anche più palpabili della impossibilità in cui si può trovare un farmaco, di attuare il suo meccanismo di azione per gli ostacoli frapposti dalle nuove condizioni chimico-vitali create dalla malattia, ne trove-

Digitized by Google

ranno ad ogni passo nella pratica anche più volgare. Prendasi ad esempio il tartaro stibiato. Ognun sa che questo rimedio fu vantato come una potenza di primo ordine per curare la polmonite, ed i vecchi pratici trovavano una grande conferma del loro giudizio nella tolleranza maravigliosa che i polmonici avevano per questo rimedio in ragione della estensione e della gravezza del processo infiammatorio. Ebbene, questa tolleranza non era che una illusione che oggi la scienza ha dissipata. Il tartaro stibiato non può provocare il vomito, quando i filetti gastrici del nervo vago si trovano paralizzati dalla accumulazione dell'acido carbonico nel sangue, perchè non può eccitare quella impressione centripeta che è il punto di partenza del vomito. Ecco ciò che precisamente avviene nelle gravi ed estese polmoniti, nelle quali il campo della attività respiratoria è ristretto, ed in conseguenza lo scambio insufficiente dei gas del polmone con l'aria atmosferica determina la narcosi carbonica, e però l'anestesia dei nervi cutanei e dei nervi viscerali, e particolarmente dello pneumo-gastrico. E questo che ho detto del tartaro stibiato si trova verissimo per molti altri effetti fisiologici in altre malattie, capaci di determinare uno stato più o meno asfitico come nei gravi accessi di asma o nel crup. Si possono tollerare grandi dosi di oppio nel primo caso e si possono dare proporzioni grandissime di eccitanti diffusi nel secondo, senza che lo asmatico possa dormire e senza che il fanciullo che ha il crup possa sollevarsi dalla sua adinamia. Questi ostacoli gravissimi, insormontabili, che lo stato morboso oppone alla manifestazione degli effetti fisiologici di un farmaco possono essere di svariatissima natura; ma il risultato finale è che manca in parte o affatto l'azione fisiologica del medicamento, che era stata la base della indicazione terapica razionale. Qui si tratterà dell'assorbimento che non ha luogo (colera, ecc.), là sarà l'anestesia carbonica, isterica o che so io; in un altro caso il midollo perde la sua eccitabilità per le incessanti convulsioni, si esaurisce e diventa refrattario ad ogni medicamento (corea, tetano, ecc.), e così di tante altre nuove condizioni create dal morbo, che annullano le previsioni teoriche sugli effetti terapici che avrebbero dovuto derivare dal meccanismo dell'azione fisiologica. Nei casi in cui queste nuove condizioni sono anatomiche, tutto il mondo medico le riconosce e ne fa gran conto; nei casi in cui esse sono invisibili, nessuno le sogna. Perchè due pesi e due misure? Nessun medico aspetterebbe gli effetti diuretici della scilla quando esistesse una degenerazione amiloide dei reni, o spererebbe di provocare il sudore in un infermo che avesse inverniciata la pelle. Con quale criterio scientifico adunque si può dai neo-progressisti predicare l'azione ipercinetica della chinina e di altre sostanze per guarire delle paralisi vaso-motorie sostenute da cause materiali infettive o discrasiche, contro la natura delle quali questi ipercinetici non hanno alcun valore curativo? Avviene in farmacologia come già dissi per la patologia. Ci reputiamo soddisfatti solo perchè sostituiamo alle ipotesi grossolane le ipotesi microscopiche, e crediamo così di avere progredito sopra basi razionali.

Il lato pratico di questo principio che ho svolto così lungamente è questo: se il farmaco offerto dalla farmacologia con le più seducenti dimostrazioni di laboratorio è una sostanza innocua o almeno incapace di far pesare la sua azione perturbatrice nella coppa della gravezza del male, il medico pratico lo deve accettare e trasportarlo senza rimorso dal laboratorio allo spedale per domandare rigorosamente al letto dello ammalato la condanna o la consacrazione del nuovo paladino che scende in campo senza il blasone dello empirismo e col presuntuoso brevetto di figlio del progresso. Può accadere che davvero il nuovo venuto abbia delle preziose virtù curative, e la storia dei progressi delle scienze sperimentali ricorda più volte che anche delle teoriche zoppe o erronee condussero a qualche importante scoperta. Ma se il farmaco, su la cui storia fisiologica si pretendono costruire virtù curative è invece un farmaco di azione perturbatrice o tossica, respingasi la insidiosa offerta. Ecco un consiglio che non saprei ricordare abbastanza al giovane medico che nel principio della sua carriera, vergine come trovasi di disinganni, e di incredulità, lotta sempre fra la febbrile impazienza di guarire le malattie a qualunque costo e la dura realità che gli scovre ogni giorno dinanzi un nuovo scoglio da cansare. Ne fornirò un esempio. Il meccanismo dell'azione fisiologica della digitale ha fatto consigliare questo terribile farmaco come un'efficace risorsa a temperare il calore urente delle febbri infettive o, in altri casi, a sollevare la potenza del cuore minacciato di paralisi. Difatti la digitale abbassa fisiologicamente la temperatura, ed accrescendo la tensione dei capillari, esercita un'evidente influenza a rafforzare la sistole cardiaca. Ma la digitale è un potente veleno, e noi conosciamo ben poco la sua azione sui centri nervosi. Sappiamo bensì che quest'azione è malvagia nella sua natura e farebbe prova di molta leggerezza o di grande ingenuità un medico che credesse, che le nostre conoscenze sull'azione della digitale sieno complete, solamente perchè sappiamo che essa eccita il vago e che tonifica i capillari e per essi il cuore. Questa non è che una parte della storia fisiologica di un tale farmaco, e noi ignoriamo completamente il resto; pur sapendo che la digitale uccide. Ebbene con qual coraggio il medico può accettare simile rimedio col pretesto di ridurre la temperatura della febbre tifosa e sollevare l'attività cardiaca per mezzo del suo

Digitized by Google

meccanismo fisiologico, mentre la ragione gli dice che questo meccanismo fisiologico non potrà svolgersi perchè la paralisi del vago e l'adinamia del cuore si trovano direttamente sotto l'impero di una causa materiale, quale è la infezione tifica, che la impedisce di fatto, e contro cui la digitale non ha influenza alcuna. E nondimeno vedesi pur troppo che il medico si ostina. Che ne avverrà o direi meglio, che ne è avvenuto? Il povero organismo si trova sotto la sferza di due veleni; non ci è che dire. Se vi contentate di piccole dosi di digitale, per es., del decotto di venti a trenta centigrammi nelle 24 ore, l'azione del rimedio sarà impunemente tollerata e senza danno, ma i sintomi contro cui vi rivolgete faranno il loro corso, e se il caso di tifo non è gravissimo, verrà anche la guarigione, come venne tante e tante altre volte senza la digitale. Padronissimi i medici, che si contentano facilmente di ogni nuovo rimedio, di credere e di far credere che la digitale abbia salvato lo infermo. Io son contento di dire che non gli ha fatto nè caldo nè freddo, ed a questo patto faccio tentativi quanti ne volete, perchè il primo, primissimo dovere del medico è quello di non nuocere al suo infermo. Ma, se invece di queste dosi così discrete ed inutili, il medico abbagliato dall'azione fisiologica della digitale si ostina a credere che è una cosa naturalissima di profittarne per sollevare il cuore e ridurre la divoratrice temperatura, e ne prescrive il decotto di due a tre grammi al giorno, io ripudio questo ardimento perchè esso conduce difilato ad un gran pericolo. Il medico in questo si propone dunque in buona fede di sopprafare i sintomi dello attossicamento tifico con un altro attossicamento più forte, il digitalismo. Voglio pur concedere che la temperatura si abbassi e che il cuore si sollevi per poco. Vano risultato se la infezione tifica persiste allo stesso grado. Ma che dico vano? Risultato funesto, perchè con quella apparenza di bene è sopravvenuta l'ambliopia, un senso di torpore e dei formicolii nelle membra, uno stordimento cospicuo, e qualche irregolarità del polso. L'ammalato è stato avvelenato, e se non lo dice e non lo mostra, egli è che non lo può perchè lo stupore della malattia o il coma glielo vietano affatto. E così quello stesso rimedio che per una parte del suo meccanismo di azione fisiologica sembra trovarsi in antagonismo con alcuni sintomi del male, per un'altra parte congiura con essi e finisce per aiutare lo infermo a ben morire. Non si creda già che io faccia castelli in aria. Io parlo di fatti e di fatti rigorosamente osservati, ed a coloro che affermeranno avere impunemente e con successo amministrate le dosi suddette di digitale, io risponderò che le foglie di digitale eran guaste, e che è permesso di dubitare seriamente della sperienza. Se qualcuno volesse farmi l'onore di persuadermi in contrario io ne sarei lietissimo, ma vorrei fatta la dimostrazione con la digitalina invece della digitale. Io credo che non spunterà mai quel giorno in cui potrò osservare direttamente che un infermo possa tollerare due centigrammi a tre di digitalina (tanto ne corrisponde a due o tre grammi di foglie di digitale) nel corso delle 24 ore senza restarne avvelenato.

Nè io pretendo conchiudere a questo modo solamente dai tifosi da me visitati all'ultima ora e morenti, Dio sa con quanta parte del digitalismo. Le migliori statistiche redatte su la curabilità del tifo da quelli stessi che ancora sostengono ciecamente, che si debba usare la digitale per ammansire lo alto calore delle febbri, presentano cifre poco incoraggianti in favore di questo rimedio. Io dunque non faccio, spiegando i fatti da me osservati, che controllare gli altri non pochi registrati da dottissimi medici. Ho, p. e., sotto gli occhi un caso di febbre puerperale descritto poco fa dal Prof. Sée, nel qual si amministrò un grammo al giorno di *ottima* polvere di digitale per far discendere il calor febbrile che segnava 42°. La temperatura difatti si abbassò, ma l'inferma morì dopo cinque giorni in mezzo ai sintomi puerperali ed a quelli dello avvelenamento per la digitale, che persistevano, non ostante la sospensione del rimedio ventiquattro ore prima della morte, perchè la digitale è un veleno di azione cumulativa.

Dov'è dunque la pretesa azione antipiretica della digitale? È antipiretica perchè avvelena coi suoi effetti ipostenizzati, forse poco diversamente da quello che faceva il tartaro stibiato mezzo secolo fa. Si direbbe quasi che è l'ombra di Rasori che, per vendicarsi della sua ipostenia, così crudelmente detronizzata, abbia preso la maschera del progresso per minacciarci il dispotismo di un nuovo *controstimolo* meno sistematico, forse meno oscuro, ma non certamente meno nefasto e meno pericoloso del primo? Qual'è invero il profitto che si cava dall'abbassamento della temperatura che divora infermo? Nessuno, perchè quell'abbassamento è un colpo di scena che, senza scongiurare la cagione intima che produceva quell'incendio, aggiunge un'altra incognita funesta all'organismo. Ed è per questo che rimane sempre vero il giudizio di illustri clinici che se il grado della temperatura in una febbre ha oltrepassato il 43°, limite estremo della tolleranza di questa morbosa attività riduttiva, conciliabile ancora con la vita, la morte sopravviene sicuramente, non ostante tutti i rimedi antipiretici proposti sulla base del loro meccanismo fisiologico; digitale, chinina, elleboro verde, ecc. Le virtù curative dunque che si possono ricavare dalla parte nota del meccanismo di azione fisiologica dei farmachi, contrapposto al meccanismo di sintomi morbosi che dipendono da cagioni materiali che hanno invaso tutto l'organismo, sono virtù curative, o

Digitized by Google

solamente illusorie, ovvero illusorie e pericolose. Ed i casi in cui la conoscenza di questo meccanismo ci può essere utile davvero non sono, permettetemi che lo ripeta, se non quelli in cui si tratta di compensare il meccanismo di un sintomo morboso che sta da sè, quasi come un fatto meccanico, mi si passi la frase, senza alcuna dipendenza da cause generali o specifiche. La digitale, p. es., che vedemmo poco fa inutile a riordinare con la sua azione fisiologica, l'attività ed il ritmo cardiaco di un grave tifoso, riesce preziosissima sempre che trattasi di raggiungere gli stessi effetti in una malattia propria del cuore. Prendete un cardiaco che abbia stenosi o insufficienza dell'orificio aortico con tutti gli effetti della invertita tensione del sistema arterioso e venoso, ed in conseguenza stasi venose, edemi, asistolia, cachessia cardiaca, ecc. Nessuna cagione vi è qui generale che dobbiate curare. Non si tratta che di un fatto meccanico. Trovate un farmaco che aumentando la tensione dei capillari e forse anche, eccitando il par vago rafforza la sistole cardiaca e ne regolarizza i moti. L' antagonismo è perfetto, e nessuna cagione si oppone a che la digitale spieghi la sua azione, ed è per questo appunto che contrariamente a quanto avveniva poco fa nel tifoso o nella febbre puerperale le dosi di digitale necessarie a svolgere questo meccanismo di azione sono assai meno considerevoli, epperò tollerabilissime senza danno. Nè il vago, nè il sistema vaso-motore, nè la fibra muscolare si trovano sotto lo impero di alcuna causa materiale discrasica: epperò non si tratta, come nei primi esempi, di far prevalere i sintomi dell'attossicamento digitalico sull'attossicamento della malattia. Al medico non importa di sapere tutta l'azione fisiologica della digitale. Purchè raggiunga con dosi innocue pel resto dell'organismo quella parte della sua azione fisiologica che si trova in antagonismo con la atassia e con la asistolia cardiaca, egli ha ottenuto il suo scopo, e difatti i risultati di questa indicazione terapica, bene applicata e meglio vigilata, sembrano dei veri miracoli della medicina. Ma, notate bene, se il tessuto muscolare del cuore, infermo da lungo tempo, ha subito una trasformazione regressiva, generalmente la grassa, il meccanismo di azione della digitale, non potrà realizzarsi perchè gli elementi contrattili del ventricolo non potranno più ubbidire all' esagerato invito funzionale del rimedio, e quella stessa digitale che qualche tempo prima avrebbe prodotta una una vera risurrrezione dello infermo, oggi congiura ad aggravare la asistolia e ad ucciderlo. La degenerazione grassa del cuore è per la digitale, in quanto al realizzarsi della sua azione tonica e regolatrice, ciò che era la infezione tifica e puerperale in quanto alla sua azione sul sistema nervoso vaso-motore e sul vago. Non bisogna farsi illusioni. Il meccanismo di azione fisiologica di un farmaco, per servirci di guida all'applicazione terapica, richiede come condizione fondamentale che non vi siano ostacoli al suo libero svolgimento. Quando questi ostacoli esistono, il meccanismo non si può svolgere, e se si pretende di attuarlo ad ogni costo il risultato di questa lotta non è che una malattia artificiale o inutile o funesta. Io sono meravigliato che finora nessuno abbia pensato a formolare questi principi così fondamentali di farmacologia generale che pur si direbbèro corollari della fisiologia normale, e di cui la verità incontrastabile si può controllare ogni giorno nella pratica, anche per ciò che riguarda l'applicazione terapica dei semplici agenti fisiologici. Così, per esempio, oggidì che col pretesto di sollevare i poteri fisiologici vi è un tantino di manìa a far morire gl'infermi alla luculliana, parmi di udire quasi come salmo obbligato in ogni consulto, che si raccomanda il buon cibo, e l'arrosto, la carne a più non posso come il solo mezzo per ricostituire davvero e curare indistintamente lo stato cachetico o cloro-anemico; non importa che la causa ne sia stata qui un'emorragia per trauma, là una asistolia cardiaca per vizio organico, più innanzi un cancro, il morbo di Bright, o un epitelioma e così via via. E questa dieta sistematica si chiama, forse per ironia, cura fisiologica razionale. Ma per Dio, come è mai possibile che si abbiano a predicare sul serio questi paradossi? Lo infermo cloro-anemico per perdite di sangue pure e semplici rifiorirà a vapore con la carne sol che lo stomaco glielo permetta, perchè dopo la buona digestione il resto degli effetti fisiologici di questo alimento non trova ostacoli per via. Ma negli altri infermi, quando anche quella specie di dieta avesse facilmente il lascia passare dello stomaco, i risultati saranno ben diversi. Può mai la carne onde rimpinzate lo stomaco del povero infermo, tramutarsi in succo e sangue od arricchire davvero la nutrizione dell'organismo, quando il meccanismo di questa funzione non può svolgersi per ostacoli gravissimi generali o locali che tendono a distruggerlo? La prima condizione, lo ripeto ancora, perchè un agente qualunque, sia fisiologico o farmaceutico, produca la sua azione è la integrità completa delle condizioni chimico-vitali necessarie alla manifestazione dei suoi effetti. L'organismo è un complesso di parti e di funzioni solidali ed armoniche sotto l'impero di leggi inesorabili, di cui nessuno ha mai saputo o potuto eludere impunemente la vigilanza. Allo stesso modo che vedemmo il meccanismo dell'azione fisiologica della digitale rimanere impotente a riparare un processo febbrile divoratore, perchè la condizione chimica speciale dell'infezione tifosa o puerperale vi si opponeva; allo stesso modo la carne che amministrate al cardiaco con la speranza di vedere gli effetti fisiologici ricostituenti

Digitized by Google

di questo alimento non è seguita che al più da una problematica tolleranza degli organi digestivi ed il cardiaco invece di rifare il suo sangue si trova più prostrato di prima. La ragione è naturalissima. Nella ruota della nutrizione vi è qualche dente rotto che non permette lo ingranaggio, e la ruota allora si ferma, e se volete darle moto per forza, aggiungendo altri mntori, si spezzerà addiritura. Il segreto in questi casi, quando il dente rotto non si può ricostruire, non è l'aumento dei motori ma la proporzione armonica del motore antico alle nuove condizioni fisico-chimiche dello apparecchio. Ed è per questo che al cardiaco che si sentiva morire più di prima con la dieta ricostituente (?) di carne e di vino, se farete fare invece la dieta di latte egli si sentirà assai meno sofferente e più forte. Notate dunque bene; io non nego già l'azione fisiologica della carne, ma dichiaro che quest'azione non può prodursi sempre che si vuole, se manca la armonia delle diverse parti.

Or son pochi giorni io diceva ad un mio illustre collega, precisamente a proposito di un povero cardiaco, condannato per sua disgrazia a mangiare tre *beefteck* al giorno, che gli effetti di questa smania di trasformare tutti gli ammalati in animali carnivori potrebbero rassomigliarsi a quelli che raggiunge un mastro di cappella che ordinasse alla sua orchestra di suonare ad ogni costo senza ricordarsi che vi sono dei violini scordati. Il risultato di questa sedicente musica sarà il fracasso e non già l'armonia. Ebbene non sono pochi i casi nei quali si pretende lo stesso dalla orchestra dei nostri organi, ed io voglio sperare che la mia povera voce possa servir di guida ai giovani medici onde risparmiare ad organi ben più vitati la sorte degli orecchi assordati dal frastuono. Se a qualcuno poi non fosse ancora abbastanza chiaro ciò che ho detto a proposito dell'antagonismo fra l'azione di un farmaco ed il meccanismo di un processo morboso, io voglio offrire una più evidente dimostrazione prendendo ad esempio ciò che avviene, contrapponendo il meccanismo di azione fisiologica di due farmachi antagonisti amministrati successivamente. In altri termini, invece di applicare l'azione fisiologica di un farmaco alla cura di un morbo spontaneo, noi ci occuperemo di applicarla alla cura di un morbo artificiale prodotto da un altro farmaco, e però riproducibile a volontà dello sperimentatore. Scelgasi ad esempio l'oppio e la segala cornuta. Il meccanismo prevalente dell'azione fisiologica dell'oppio sta nello indebolimento della tonicità del sistema capillare sanguigno, poichè, sia direttamente, che per l'intermedio del sistema nervoso, esso produce l'atonia dei muscoli della vita organica ed il rilasciamento delle pareti vascolari. La segala invece agisce eccitando le fibre e le cellule contrattili della vita organica, aumenta la tonicità dei capillari e ne determina lo stringimento del lume per contrazione delle pareti. Quale esempio più brillante di antagonismo. Sarebbe difficile, percorrendo tutta la patologia di trovare un meccanismo di processo morboso così antagonista all'azione dell'oppio come quello dell'ergotismo; ed in conseguenza i medici da laboratorio hanno senza esitazione affermato che nell'avvelenamento dell'oppio si aveva da amministrare la segala cornuta e viceversa. Difatti, quando non si è persuasi che negli studi biologici la quistione sta nella natura del fenomeno e non già nella forma di esso, l'antagonismo fra l'oppio e la segala cornuta dovrebbe condurre ad una brillante dimostrazione della potenza della terapia razionale. Scendiamo ora dalle nuvole del laboratorio e proviamo se davvero nello avvelenamento per oppio la segala guarisca, e viceversa. Mi affretto a dichiarare che le sperienze da me ripetute riguardano solamente i cani, poichè confesso che, fino a dimostrazione contraria evidentissima, ripugnerebbe alla ragion mia di amministrare un tossico come la segala per curare un individuo che fosse minacciato di morte per l'azione tossica dell'oppio. Ma si direbbe che bisogna stringere i capillari rilasciati dall'azione dell'oppio, perchè questa è la cagione principale che svolge tutto il pericolo. Ebbene, sia pure così limpida e completa la spiegazione degli effetti dell'oppio, ciò che sono ben lontano dal credere; ho però un profondo convincimento che, anche ristretti i capillari, l'azione intima dell'oppio non rimarrebbe distrutta, epperò non lascerebbe di riuscire tossica. Ciò che più monta è, che debbo essere certo che durante la specifica azione di questa sostanza la segala non potrà produrre un effetto contrario che a condizione di determinare un grado di attossicamento superiore a quello dell'oppio. La sperienza conferma queste previsioni: nè mai vidi, nonchè curarsi, almeno sospendersi o attenuarsi gli effetti dell'ergotismo con l'oppio, e viceversa. I cani sotto l'azione di questi due veleni morirono sempre più presto, non ostante l'antagonismo della loro azione fisiologica, al modo medesimo come interveniva per l'azione del curaro e della stricnina che sono antagonisti solo nella forma ultima e sensibile, e non già nel meccanismo della loro azione. Dicasi lo stesso del preteso antagonismo esistente fra l'oppio e la chinina, fra l'alcool e la belladonna, fra il bromo e l'alcool, fra l'aconito e la noce vomica e di molti altri esempi siffatti che io potrei qui svolgere sempre col medesimo ragionamento controllato dagli stessi risultati sperimentali, e che non possono lasciare alcun dubbio sulla verità di questo principio fondamentale di farmacologia generale, che cioè, il meccanismo antagonista fra l'azione di un farmaco e l'evoluzione della malattia, non può essere un sincero fonte di nuove

Digitized by Google

virtù curative. Gli odierni studi su questa parte della scienza non potranno che scoprire virtù terapiche appena compensative, poco meno che sintomatiche ed in ogni caso da respingersi quando si tratti di sostanze che abbiano azione decisamente tossica e malvagia, e che debbano soddisfare indicazioni curative dirette a combattere gli effetti di una causa generale di natura specifica ed ignota.

E questi medesimi limiti così ristretti per le difficoltà inerenti al carattere estremamente complesso dei fenomeni biologici e solo in parte accessibili alle nostre ricerche, diventano anche più miseri quando si pensa che in realtà noi conosciamo ancora ben poco il meccanismo fisiologico dell'azione di molti medicamenti, e che di molti altri ancora non lo conosceremo mai. La farmacologia sperimentale ha fatto in questi ultimi anni sforzi colossali per guadagnare il tempo perduto, cullandosi nei sogni e nelle chimere. Essa ha chiamato in suo soccorso tutte le potenze ausiliarie della medicina per aprirsi una strada nell'oscuro sentiero dell'azione dei farmachi. Fenomeni di diosmosi, di dialisi e di capillarità; ossidazioni, riduzioni, sdoppiamenti e sostituzioni; azioni riflesse; sistema nervoso vaso-motore, condizioni fisiche ed organiche della circolazione centrale e periferica; reazioni organiche; fenomeni di esaurimento ecc. ecc., tutto è stato invocato dalla sperienza per darsi ragione degli effetti dei medicamenti. Ma s' ingannerebbe all' ingrosso chi volesse accettare tutti questi risultati come moneta sonante. Esistono ancora lacune moltissime nelle teorie costruite per spiegare la evoluzione dei morbi prodotti dai farmachi, e come già dissi a proposito delle teorie patologiche, queste lacune sono di grave inciampo alla felice applicazione curativa, perchè esse ci provano che noi conosciamo solamente uno dei lati della quistione, e non è un vero clinico colui che presume di edificare con gran sicurezza la sua terapia sopra basi così crollabili. Aggiungasi a questo, siccome ho accennato più sopra, che per molti farmachi questa spiegazione degli effetti fisiologici sarà mai sempre impossibile. Intendo parlare delle sostanze minerali, le quali appena pervenute nel torrente della circolazione cominciano a produrre una serie di alterazioni chimiche nella costituzione dei principi organici e minerali del sangue che sono state finora, e la ragione sembra dirci che saranno per sempre, ritrose a farsi conoscere davvero anche con le più minute analisi. Così, per citare un esempio, chi potè sperare di dimostrarci quale è il modo onde si svolge la steatosi acuta per l'azione di agenti diversissimi come il fosforo, l'arsenico, il rame, ecc.? Basterebbe del resto gettare uno sguardo sulle difficoltà e sullo stato attuale delle nostre conoscenze di chimica animale per convertire a questa rassegnazione anche i più arditi e speranzosi investigatori.

Ma io voglio concedere che la farmacologia fisiologica avesse risoluto tutti i suoi problemi intorno al meccanismo della evoluzione dei diversi fenomeni; io voglio per poco immaginare che essa fosse pervenuta allo apogeo delle sue ricerche sperimentali. Come mai questi risultati potrebbero far prevedere quelli che dovrebbero ottenersi nello stato morboso? È davvero inconcepibile come avesse potuto regnare e come regni ancora questo errore fondamentale; base della sedicente terapia fisiologica di questi ultimi trenta anni. Nessuno ha fiatato innanzi a questo paradosso di filosofia naturale che la stessa sostanza fosse capace di produrre i medesimi effetti, collocata in due condizioni fisico-chimiche affatto diverse; lo stato di sanità e quello di malattia. In omaggio al semplice buon senso io preferisco di credere che nessuno ci abbia pensato. Difatti ei sarebbe come il supporre che qualcuno dica: l'acido nitrico attacca l'argento producendo nitrato di argento; ripetasi la stessa sperienza con aggiunzione di acido idroclorico, ed elevando la temperatura, il risultato sarà lo stesso. Di grazia vi sarebbe, vi potrebbe essere qualcuno che accetti questa conchiusione? Ebbene i medici l' hanno accettata, mentre non è meno paradossale il credere che il mercurio, il iodio, gli alcali producano gli stessi effetti chimici sul sangue e su tessuti nelle condizioni fisiologiche e nello stato morboso che è una condizione fisico-chimica affatto diversa ed a noi molto incompletamente nota.

(continua)

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

RIVISTA CHIRURGICA

DEL

Dott. DOMENICO SEVERI

Assistente Supplente alla Clinica Chirurgica.

William Stokes. — *Sulla legatura temporaria delle arterie e dell' aorta addominale in special modo.* — (Dal Dublin Journ. XLVIII. Aug. 1869). Schmidt's Jahrbücher Band. 145.

L' insuccesso della legatura delle arterie negli aneurismi riposa precipuamente su due circostanze. L' eseguirsi cioè l' operazione troppo tardi ed in secondo luogo per l' emorragia che facilissimamente sussegue all' atto operativo, ulcerandosi la parete del vaso stesso, pel fatto della pressione continua su di essa esercitato dal laccio. Nel caso di un

Digitized by Google

aneurisma della succlavia, Poster aveva chiuso il tronco innominato, mediante una specie di agopressura, sostituendo questa alla legatura. Poster in questa circostanza ebbe a conoscere che una arteria può essere fortemente compressa da un laccio di filo metallico, per lo spazio di molte ore senza che si produca sulle tonache vasali alterazione di sorta. Egli ha costruito, basato su questo principio, un compressore molto semplice che consiste in un triangolo isoscele coll'angolo, compreso fra i due lati uguali, molto acuto, fatto di filo di argento. La base del triangolo in vicinanza ai due angoli è munita di due fori per entro ai quali si insinua un'ansa di filo metallico, la concavità della quale è destinata a ricevere il vaso che vuolsi comprimere. All'estremità opposta i due lati uguali del triangolo sono terminati da un anello che serve al facile e pronto maneggio dello strumento e sul quale, compiuta la trazione, si annodano i capi dell'ansa metallica e vi si fissano.

L'arteria viene a questo modo compressa dal basso all'alto dall'ansa del filo metallico e dall'alto al basso dalla base del triangolo, e compressa in ragione delle trazioni che sulle estremità del filo si esercitano. Tale compressione può essere in un cadavere esercitata a segno, che l'acqua spinta con forza dentro al moncone superiore della femorale non si fece strada all'esterno, mentre poi le tonache arteriose non ne ebbero punto a soffrire.

Di questo strumento si servì lo Stokes nel caso seguente per allacciare l'aorta addominale. — Un uomo di circa 50 anni fu portato allo spedale, dove fu fatta diagnosi di aneurisma diffuso ileofemorale destro. L'ammalato era decaduto e pensando lo Stokes che ogni altro mezzo sarebbe riuscito inutile, decise di procedere alle allacciature temporarie della iliaca e se questa fosse pure in preda alla malattia, di eseguire l'allacciatura dell'aorta stessa. Non è certo di poco interesse il sapere i dettagli di questa operazione che fu eseguita a questo modo:

Al lato sinistro del ventre condusse egli una incisione che cominciando a un dito trasverso sotto la 10.ª costola e descrivendo un semicircolo si estendeva in basso fino a due dita trasverse dall'unione del terzo esterno del legamento del Falloppio col terzo medio. L'incisione fu approfondata con prudenza fino alla fascia transversa e questa tagliata si introdusse una sonda smussa tra essa ed il peritoneo per operarne il distacco. Questa manovra riuscì difficilissima. Allora per poter allacciare le arterie sotto al peritoneo lo Stokes introdusse la sua mano e staccando molte aderenze e spingendo gli intestini in alto e dal lato opposto, riuscì a mettere allo scoperto l'arteria. Il tumore però comprendeva l'intera iliaca e fu giocoforza ricorrere all'allacciatura dell'aorta. Passato il filo metallico ed applicato il compressore di Poster cessarono, eseguite le necessarie trazioni, e pulsazione e rumori sul tumore. Si chiuse poi la ferita. Il paziente era dopo l'operazione un po' inquieto e si lagnava di dolori alle dita del piede destro ed al corrispondente ginocchio. Dieci ore dopo l'operazione si ebbe di nuovo il polso nella femorale di sinistra ma vennero deliqui ed undici ore circa dopo l'operazione l'operato moriva.

Alla necroscopia si vide, che il tumore comprendeva porzione dell'iliaca comune, tutta l'iliaca esterna e porzione della femorale, che il tumore stesso era aderente in moltissimi punti e per grandissima estensione alle parti vicine e le ossa del bacino erano dal medesimo state corrose.

Il tumore era ripieno di sangue e di coaguli di data recente.

Il compressore era ancora in posto in vicinanza grandissima al punto di biforcazione dell'aorta. In questa non si osservò lesione alcuna delle sue tonache e la compressione era tale che una colonna d'acqua, spinta dentro la medesima con forza, non valeva a passare oltre. La carne del cuore pallida, floscia e degenerata in grasso.

L'autore ne trae cinque conseguenze: 1.° Un vaso come l'aorta può essere totalmente chiuso senza che le sue pareti ne provino detrimento; 2.° che il circolo collaterale in poche ore si ripristina; 3.° che la coagulazione del sangue, una volta chiuso il vaso afferente, si ottiene assai prontamente; 4.° che la morte si dovè piuttosto all'abbattimento ed alla degenerazione grassosa del cuore che all'operazione stessa; 5.° che la gangrena non si avrebbe avuta, giacchè il circolo collaterale si era ben presto ristabilito.

Fischer. — *La cura della elefantiasi degli arabi coll'allacciatura o la compressione del tronco principale arterioso della parte affetta.* — Virchow's Archiv B. 46.

L'elefantiasi in grado leggiero può essere con frutto curata col riposo e colla posizione orizontale, allontanando in pari tempo ogni irritazione della parte affetta. I mezzi antiflogistici sono perfettamente inutili ed in questi ultimi tempi si fece uso soltanto della compressione metodica in alcuni casi, mentre in altri fecesi ricorso come rimedio ultimo ed estremo, all'amputazione dell'arto [!]

In una osservazione del Dufour che daterebbe dal 1833 e riportata solo nel 1860 nella Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. si annoverano 5 casi di elefantiasi curati dal Dufour colla compressione della femorale, mediante un apparecchio analogo ad un cinto urinario. Dei 5 individui 4 guarirono. L'idea di Stromeyer che proponeva l'allacciatura dell'arteria crurale per la cura di estese e ribelli varici dell'arto inferiore rimase pure perduta, nè ad alcuno venne il sospetto di praticarla invece a cura delle elefantiasi.

Solo J. M. Carnochan Professore a Nuova Jork nel 1851 allacciò l'arteria crurale per curare l'elefantiasi dell'arto corrispondente e ne ebbe un buon risultato. Fu egli condotto a tale processo per aver osservato in alcuni casi di elefantiasi che l'arteria stessa era più grossa della corrispondente nell'arto sano. In seguito operò egli a questo modo parecchi altri casi, dei quali parlò in una sua memoria publicata nel 1858.

Successivamente Statham e Butcher in Dublino, nel 1861 fecero la legatura della tibiale anteriore l'uno, l'altro della crurale. E nello stesso anno il Vanzetti di Padova ebbe un esito fortunatissimo, usando la compressione digitale sulla femorale. Hueter, Simon e Baum in Germania dal 1868 in poi praticarono l'allacciatura con risultato or favorevole ora infausto, ora completo e duraturo, ora incompleto e temporario.

Digitized by Google

Nelle elefantiasi si ha ben presto, oltre l'edema e la risipola, una affezione flogistica dei linfatici della parte, una tumefazione delle glandule linfatiche corrispondenti; la corrente sanguigna può essere quindi difficoltata od anche tolta affatto.

Per tale fatto la linfa accumulasi come sostanza fibrinogena e si infiltra nel tessuto sotto-cutaneo, la circolazione venosa è resa più difficile ed il trasudamento aumenta. Così producesi una stasi per impedito riflusso del sangue venoso e pel cessare della funzione dei linfatici. Il processo trofico locale viene ben presto ad alterarsi aumentando e ne risulta poi l'iperplasia del tessuto e specialmente del connettivo sotto-cutaneo. La stasi alla sua volta, dipendente come si è detto dall'impedito riflusso del sangue, ha per effetto una aumentata pressione intravasale nei rispettivi vasi minori ed il riassorbimento quindi della massa trasudata è reso quasi impossibile. I vasi linfatici sono dilatati, distesi dalla linfa, le pareti loro assottigliate, le glandule ingrossate, le pareti e le vaginali delle vene, invece ingrossate. Cornachan ammette come una causa della elefantiasi la dilatazione dell'arteria principale che dà il sangue al tessuto ammalato, però finora tale dilatazione fu veduta due sole volte.

La cura della elefantiasi doveva essere diretta a diminuire la aumentata pressione intravasale, per rendere possibile il riassorbimento. Come è ben noto, le ipertrofie in genere di una parte possono togliersi od essere almeno diminuite con fasciature compressive che limitano l'afflusso del sangue arterioso, aumentano la pressione esterna, diminuiscono la pressione interna, rendendo così più facile l'assorbimento. Da molto tempo era venuta l'idea di impedire l'accrescersi soverchio di un arto legandone l'arteria principale; ma il ristabilirsi del circolo collaterale si credeva avrebbe reso inutile un tale tentativo. Nell'elefantiasi però ciò non accade e nel momento in cui viene legata l'arteria, la pressione esercitata sul sistema venoso e linfatico diminuisce ed il sistema dei vasi riassorbenti, stato fino a quel punto od ozioso o poco attivo, ricomincia vigorosamente la sua funzione. In alcuni casi, un giorno dopo praticata la legatura della arteria, la diminuzione in diversi punti della parte affetta aveva raggiunta i 3-5-9 centimetri ed al 6.° giorno fino 13 centimetri. L'uguagliarsi della pressione interna ed esterna effetto come si è detto dell'allacciatura, non deve protrarsi necessariamente e senza interruzione ma la compressione temporaria è pure sufficiente al buon risultato e lo dimostra il caso osservato e curato dal Vanzetti. Era una donna di 21 anni, la malattia durava da 7 anni e comprendeva l'intero arto destro. La compressione fu fatta nei primi 5 giorni per 9 o 10 ore al giorno. Al 6.° la gamba assottigliata, più molle. Sospese la compressione per 4 giorni, e di nuovo per 10 giorni a cagione di dolori forti di capo e febbre fu poscia continuata per altri 4 durando in media la compressione, giorno per giorno, 12 ore. L'ammalata dopo un ½ mese usciva dallo spedale guarita e la guarigione fu verificata dopo tre anni Al ristabillirsi del circolo per le vie collaterali non si ha necessariamente una recidiva, che però può aver luogo.

Ma non sempre la legatura porta sì favorevole risultato. In alcuni casi non reca alcun vantaggio. La spiegazione di questo fatto, per alcuni deve ripetersi dalla esistenza di un impedimento meccanico al corso del sangue venoso, che rendeva insufficiente o nullo l'effetto dell'allacciatura per rapporto alla pressione intravasale. Per altri invece era da ricercarsi nella qualità dello siero del sangue, nel quale secondo Virchow abbonda una sostanza fibrinogena, che riconosce per punto d'origine il processo locale, ma che può alla sua volta diventare causa della elefantiasi. Ma come spiegare poi le recidive, che non infrequenti occorrono? È un problema non ancora diligentemente studiato e certo di non facile soluzione.

Nei 19 casi raccolti da Fischer la legatura non presenta gravi difficoltà. Nella maggior parte dei casi le arterie erano sane. Cornachan trovò la crurale del colore dell'aorta del bue e più larga dell'arteria iliaca comune nell'uomo. Butcher in un caso trovò pure la femorale grossa il doppio della normale, più floscia e più pallida.

Ottenutasi una diminuzione nella periferia della parte lesa, e nel medesimo tempo avutasi una profonda modificazione nei tessuti resi più molli e flosci, la pelle elastica e sollevabile in pieghe, calmansi pure i dolori se prima esistevano e la cicatrizzazione delle ulceri incomincia a farsi più attiva.

La cura successiva consiste in una calzetta elastica ed in frizioni fatte con una pomata iodata.

Accettato questo metodo di cura sul principio da molti, dopo non molto tempo cominciarono gli insuccessi, e gli esiti fatali, cancrena, pioemia ecc. Gli ultimi tre casi riportati, da Simon da Hueter e Baum sono tutt'altro che favorevoli a tale processo curativo. Nullameno se si pensi che l'allacciatura delle arterie può essere rimpiazzata dalla compressione digitale, che questo metodo può veramente dirsi scevro di pericolo, è chiaro che qualora la fasciatura compressiva non sia sufficiente, e quando pei dolori che prova l'ammalato o perchè egli voglia essere liberato da questa malattia, si dovesse procedere ad un atto operativo, prima di ricorrere all'amputazione dell'arto, il Chirurgo tenterà l'allacciatura dell'arteria principale.

Fischer dà poi un quadro delle operazioni e degli esiti avuti nella elefantiasi. In 21 ammalati si fecero 22 legature di arterie ed una volta la compressione digitale, 4 volte fu allacciata l'arteria iliaca esterna, 14 volte la femorale, una volta la tibiale anteriore ed in un altro caso le due carotidi esterne d'ambo i lati.

Di questi ne guarirono 11; completamente 9, 2 incompletamente; 2 migliorarono, 6 rimasero senza successo ed una guarigione fu completa e si ottenne mediante la compressione digitale.

(Il compressore di Poster più sopra descritto, forse è chiamato a rimpiazzare con esito fortunato l'allacciatura delle arterie, massime in questi casi, ove a quanto pare non è necessario che di diminuire la quantità del sangue che va alla parte affetta).

Digitized by Google

Neftel. — *Trattamento elettrico dei tumori maligni.* — Comunicazione preventiva.

Certo Tommaso T. D., membro del congresso degli Stati Uniti d'America, d'anni 36, aveva consultato l'anno antecedente i migliori chirurgi di Londra e di Parigi per un tumore della regione mammaria sinistra. Tutti lo sconsigliarono dal farsi operare, giudicando tutti la malattia come carcinosi generale e che l'operazione non poteva che accelerare un esito letale.

Ciò non ostante l'ammalato si fece estirpare il tumore dal Dott. Marion Sims. Appena cicatrizzata la ferita le glandule ascellari di sinistra si fecero tumide, in modo da costituire un tumore grosso come un pugno e che esaminato attentamente si mostrò un aggregato di glandule degenerate ed ingrossate.

Sims di Nuova Jork estirpò anche questo tumore, che esaminato al microscopio fu trovato essere un tipo di carcinoma. La ferita cicatrizzò assai lentamente, s'ebbe la complicanza di una risipola, con accessi forti di freddo e di febbre (41°) e di delirio. Non era appena cicatrizzata questa ferita che incominciò a manifestarsi un tumore alla mammella destra. In poco tempo il tumore raggiunse il volume di un arancio ed anche più. L'estirpazione non era più possibile: essa avrebbe dato luogo ad una recidiva in sede anche più pericolosa. Perciò Neftel propose all'ammalato di tentare l'elettrolisi per distruggere il tumore, sebbene nei casi i più favorevoli, da questo avesse veduto solo potersi ottenere una distruzione locale del tessuto stesso, e non isperando mai di potere in *qualche modo modificare* la malattia costituzionale.

L'elettrolisi fu applicata in questo modo:

Dapprima furono approfondati nel tumore due, poi tre, poi quattro spilli indorati, l'uno distante dall'altro, che per altro mediante *serrefines* erano posti in comunicazione coi reofori e poi tutti assieme col polo negativo. Il polo positivo era posto in vicinanza del tumore toccando i tessuti con una larga superficie. La corrente era data in prima da 10 elementi di Siemen coll'*apparato* a *bicchieri* di Hirschmann. Le sedute furono tre l'una al 27 Aprile, l'altra al 4 e l'ultima al 7 Maggio. La prima durò 2 minuti, la seconda 5, la terza 10. Gli spilli furono staccati ad uno ad uno, avendo precisamente indebolita la corrente, cosicchè l'ultimo aprì la corrente stessa. Non si ebbe pur ombra di emorragie.

Il dolore durante la seduta fu piuttosto forte, dopo rimaneva una certa sensibilità alla parte, che ben presto perdevasi. Dopo l'operazione il tumore s'ingrandì, aumentandosi in pari tempo l'elasticità e facendosi un po' più molle. Non si ebbe nè febbre, nè altro fenomeno morboso, anzi l'ammalato provò un senso di benessere. Il tumore cominciò lentamente, ma senza interruzione a decrescere. Dopo un mese dalla prima seduta il tumore era quasi del tutto scomparso. Al momento nel quale Neftel scrive questa comunicazione (6 Agosto 1869) si cercano invano i segni del tumore. L'ammalato ha un aspetto florido ed all'esame minuzioso obbiettivo non si riscontra tumore alcuno in altre località.

Neftel ne trae queste conclusioni:

1.° L'ammalato era affetto da cachessia cancerosa ed il tumore primo comparso e quello estirpato da Sims di Nuova Jork era un cancro.

2.° L'elettrolisi non agisce dunque solo localmente, ma ha un'azione sul generale dell'individuo, potendo migliorare od anche guarire la malattia costituzionale [!] Il modo poi col quale questo possa accadere sarebbe da ricercarsi nell'azione esercitata dall'elettrico sulle formazioni protoplasmatiche, che esso altera e rende forse incapaci a generalizzare le malattie.

3.° Finalmente che questo è l'unico fatto bene appurato di guarigione di un vero cancro.

L'autore termina col comunicare alcuni casi di guarigione ottenuta di tumori benigni. Ed aggiungendo, che gli esperimenti da essolui eseguiti sui conigli, gli permettono di poter accertare, che il trombo formatosi dentro i vasi nella elettrolisi, pel loro contenuto applicato, si possono organizzare. — Caso del resto ben noto, e massime ora dopo gli studi recentissimi di Kocker, dei quali in seguito.

Schüppel. — *Sulla peripileflebite sifilitica nei neonati.* (Archiv der Heilkunde 1; Heft 1870).

Il fegato, come è noto, è quell'organo che con più costanza e più notevolmente si mostra alterato nei neonati affetti da sifilide congenita. In regola generale esso è moltissimo ingrandito, ed in alcuni casi raggiunge sino il doppio del suo peso normale. L'aumento di volume e di peso è il fatto principale ed è condizionato ad una infiltrazione cellulare diffusa, cioè ad uno stato che E. Wagner (1) ha designato col nome di sifiloma diffuso del fegato. La funzione dell'organo, almeno la secrezione della bile, viene in ogni caso alterata per l'eterogenea deposizione cellulare, come vien già dimostrato dal fatto, che la vescica biliare contiene in tali casi solo un muco perfettamente scolorito, e che la sezione superiore degli intestini, ricetta pure un contenuto incoloro. Talora la suddetta infiltrazione cellulare prende tanta forza in alcuni punti del fegato, che il parenchima di questo viscere scompare completamente per dar luogo a noduli bianchi (gomma) che raggiungono la grandezza di una ciliegia, e che si caratterizzano perciò, che verso la loro periferia, si perdono gradatamente nel vicino tessuto rosso-bruno del fegato. Ciò ho io veduto fin qui due sole volte nel fegato di bambini nati sifilitici.

Oltre ciò in tali bambini, io ho osservata anche un'alterazione, che non ho trovato rammentata da alcuno, e che io chiamo *peripileflebite sifilitica*. Fra circa 30 casi di sifilide congenita, che io ho avuto occasione di esaminare nello spazio di 2 anni e mezzo, 3 volte mi sono imbattuto in questa affezione. Ecco in breve la comunicazione di questi casi.

I. — Nel 25 Dicembre 1867, io feci la sezione di una bambina nata 4-6 settimane prima del tempo, la cui madre, secondo le deposizioni del Prof. Breit, mostrava i segni di

(1) *Archiv der Heilkunde* 1864. S. 140.

Digitized by Google

una sifilide costituzionale. La bambina era poco sviluppata, ed aveva un esantema abbastanza esteso, costituito da macchie prive d'epidermide, grandi quanto una lenticchia, sulle quali la cute, molto rossa, era prosciugata. Nel secondo giorno dopo la nascita era divenuta itterica, e crescendo sempre in intensità l'itterizia, era morta nel 5.° giorno di vita. Alla sezione si trovarono le seguenti cose: — colore della cute fortemente itterico; il residuo diseccato del cordone ombelicale sta ancora attaccato all'ombelico. L'ombelico stesso, come anche l'arteria e la vena ombelicale, si contengono normalmente. Nel cervello, e specialmente nella sostanza midollare degli emisferi, si trovano disseminati alcuni punti opachi, giallognoli, di figura irregolare, i quali, come risulta dall'esame microscopico, sono costituiti da un agglomeramento di cellule rotonde, parte cadute nella metamorfosi adiposa, e parte convertite in detrito granuloso. (Encefalite interstiziale di Wirchow). I polmoni ad eccezione di pochi lobuli atelettatici, sono aereati, e non presentano alcuna notevole abnormità. Cuore flaccido, ma del resto normale. Nella cavità addominale, alcuni cucchiai di liquido sieroso, verdognolo.

Il *fegato* è ingrandito almeno di un terzo in tutte le sue dimensioni, è di colore verde-bruno-scuro, imbevuto di bile, molle e flacido. Sulla superficie molto liscia, a motivo della flacidità dei tessuti, si possono palpare dentro ad esso noduli e cordoni duri. Sulla faccia dei tagli, si riconosce che questi noduli o corde, seguono il corso dei rami più grandi della vena porta. Il tronco della vena porta nel suo ingresso nel fegato, rappresenta una corda di quasi un centimetro di spessezza, che per la sua solida consistenza e pel colore giallo-grigio, si distingue chiaramente dal tessuto verde scuro del fegato. Tagliando trasversalmente questo tumore, si vede un disegno concentrico che circonda il lume della vena porta, il quale è ristretto di tanto, da potervisi far penetrare soltanto una setola. Il centro del cordone, cioè quello strato che sta più vicino al lume della vena porta, è giallo-grigio, secco ed opaco; intorno a questo strato, si trova una zona abbastanza estesa di tessuto pallido, grigio, succoso ed alquanto trasparente, il quale trapassa senza confini rigorosi nel tessuto del fegato. A poca distanza dalla porta epatica, il tronco della vena porta è normale. Da qui mentre le sue pareti vanno crescendo in spessezza, verso il fegato, il suo lume si restringe nello stesso grado a foggia d'imbuto. Nel fegato, il cordone principale si divide in due rami di diametro alquanto minore, ma delle stesse sue qualità. A circa mezza via tra la porta epatica ed il margine del fegato, cessano questi cordoni secondari, che finiscono aguzzi, e si continuano nei rami periferici della vena porta, i quali sono in condizioni normali. Che qui si tratti di un aumento nella massa del tessuto connettivo che accompagna i vasi sanguigni ed i condotti biliari, e che suole considerarsi siccome una continuazione della capsula del Glisson, viene dimostrato da ciò, che si possono ancora ravvisare le traccie del lume dei vasi e condotti biliari nell'interno di questi cordoni. La vena ombelicale è affatto pervia sino al suo punto di congiunzione con la vena porta, e la sua parete è del tutto inalterata. — Nella vescichetta biliare, trovasi alquanto muco scolorito e chiaro come acqua.

La milza è ingrandita del doppio, ricca di sangue ed abbastanza dura. Nei reni si trova infarto urico nelle piramidi. Gli intestini sono meteoristici, contengono molto muco giallo-pallido, e non vi si trova più alcuna traccia di meconio. La mucosa mostra che le sue vene sono molto iniettate.

L'esame microscopico del fegato, fa riconoscere che il tessuto epatico è in stato di diffusa infiltrazione sifilomatosa. I solidi cordoni che occupano il posto della vena porta, e dei suoi rami principali, consistono di tessuto fibroso. Nella parte centrale, opaca e giallo-grigia di essi cordoni, si trova depositata una massa finamente granulosa ed in parte adiposa, insieme a scarse cellule linfoidi in gran parte atrofiche. Nella zona periferica grigio-pallida, il tessuto fibroso è infiltrato totalmente con simili cellule, però non ancora atrofiche.

II. — La madre del bambino di cui si tratta in questo caso, è una primipara di 21 anni. Nei genitali esterni e nei dintorni dell'ano trovansi in essa molti punti ulcerati con fondo indurito; oltre ciò, ha le glandole inguinali tumefatte ed una forte blennorrea vaginale. L'inferma non sa dire alcunche di determinato intorno al tempo in cui ha avuto principio questa affezione. Nella 30.ª settimana di gravidanza, secondo i suoi computi, essa partorì un bambino, il quale morì dopo 8 ore. Peso del cadavere 1600 grammi.

Nella sezione, i polmoni si mostrano aereati per circa un terzo del loro volume, e nelle altre parti privi di aria ed in istato di diffusa infiltrazione sifilomatosa. Nella cavità del ventre, una considerevole quantità di liquido giallognolo, leggermente torbido e fioccoso.

Il *fegato* pesa 134 grammi, e relativamente al piccolo peso del corpo, è quindi enormemente ingrandito. Esso è di consistenza abbastanza solida, di colore verde-bruno, molto povero di sangue, e nella superficie dei tagli mostra un tessuto perfettamente omogeneo. La vena ombelicale è libera, e del tutto normale. Anche il tronco principale della vena porta, ed i rami di essa, in tutto il lobo destro, non presentano alcuna alterazione morbosa. All'incontro il ramo della vena porta destinato pel lobo sinistro, è convertito in un solido cordone fibroso. Esso ha la spessezza di un piccolo dito, e sulla superficie del taglio, omogenea, opaca e gialla, si riconosce ancora il lume dei vasi e dei condotti biliari di molto ristretto. L'affezione è limitata alle più grandi diramazioni del tronco sinistro della vena porta, per altro non si protrae molto al di là della porta epatica, e verso il tessuto del fegato, è limitata da un confine abbastanza rigoroso. Nella vescica biliare, si trova muco scolorito.

La milza pesa 24 grammi, e per conseguenza è parimenti molto ingrandita. Essa è solida e ricca di sangue, ma del resto non offre abnormità. — Nella parte superiore dell'intestino tenue, si trova muco bianco torbido, e nella inferiore, meconio normale.

All'esame microscopico viene constatata un'infiltrazione diffusa di tutto il fegato con cellule linfoidi, ma però in grado moderato. I cordoni che si trovano nel lobo sinistro del fegato, consistono in una oscura sostanza fondamentale striata, la quale è infiltrata con piccole cellule rotonde così vicine ed eguali, da darle l'aspetto reticolato. In questi punti non è dato osservare alcuna metamorfosi regressiva.

III. — Una donna di 25 anni, che aveva avuti due figli

Digitized by Google

sani, di cui l'ultimo due anni innanzi, il 26 Maggio 1867, dopo una gravidanza di 37 settimane, partorì una bambina, che pesava 2500 grammi. Essa fu allattata dalla madre. Nel 30 Maggio, si osservò nella bambina, itterizia, ed edema dei genitali e del monte di venere. Nel Maggio, l'edema e l'itterizia si erano accresciuti: le feccie erano del tutto bianche; l'orina molto gialla. Nel 1 Giugno perduravano questi sintomi, a cui si era aggiunto il meteorismo — 2 Giugno una defecazione di materie nerastre, (sangue), itterizia ancora più forte; collapsus. Dopo parecchie altre defecazioni nerastre, la bambina morì il 3 Giugno, nell'età di 8 giorni e mezzo.

Sezione 12 ore dopo la morte. Colorito della pelle pallido ed itterico. Premendo il ventre, esce dalla bocca e dal naso, una massa simile a posatura di caffè. Residui del cordone ombelicale ancora aderenti. Cervello e meningi straordinariamente anemici, e di colore itterico. Polmoni totalmente aereati, assai pallidi, ed inzuppati da molto siero itterico. Carne del cuore flacida, e giallo-pallida. Nel cavo addominale, un cucchiaio di liquido giallognolo, viscido e chiaro. Gli intestini molto meteorizzati ed iperemici; il loro contenuto nerastro. L'iperemia riguarda principalmente la mucosa, dove trovansi del pari molte ecchimosi recenti.

Il *fegato* è alquanto ingrandito, flacido, molle, e di colore verde-scuro. Dalla superficie si possono palpare parecchi noduli duri che stanno situati profondamente. Con un esame più attento, si rileva che tali durezze si debbono a solidi cordoni, che tengono il decorso dei più grandi rami della vena porta. La vena porta tagliata trasversalmente nel punto dove entra nel fegato, rappresenta un cordone fibroso solido, grande quanto un dito piccolo; nel centro si vede il lume della vena porta, che conserva l'ampiezza di circa 1 millimetro. Il condotto epatico, e l'arteria epatica, sono pure compresi in un cordone fibroso, ed il loro lume è così ristretto, da potervi introdurre soltanto una setola. Verso le radici della vena porta, il tronco di questo vaso diventa ad un tratto più ampio, mentre le pareti sono corrispondentemente assottigliate. Se si considera il taglio trasversale del menzionato cordone solido, il quale in corrispondenza al decorso della vena porta, si dirama a guisa di un albero in ambedue i lobi del fegato, con che i rami diventano gradatamente più sottili, si vede la sua parte centrale di colore giallo-grigio-chiaro, e di aspetto opaco e quasi caseoso. Però questi punti caseosi, non mostrano alcuna traccia di rammollimento. Il centro caseoso trapassa gradualmente in una zona bianca, tendinea ed alquanto trasparente, la quale è larga 1-2 millimetri e si perde nel tessuto epatico, in forma d'infiltrazione diffusa. — Nella vescica biliare, muco limpido.

La vena ombelicale si contiene secondo la norma, sino al punto in cui si apre nella vena porta. All'incontro il condotto venoso dell'Aranzio è ristretto, sino a poter passare pel suo lume soltanto una setola. La sua parete è molto inspessita, e fibrosa. — La vena ombelicale, contiene sin quasi all'ombelico sangue fluido, e nell'ombelico un coagulo duro, breve, piuttosto scolorito e leggermente aderente. Arteria ombelicale normale.

La milza è ingrandita di un terzo, e molto iperemica; il suo tessuto è rigido e friabile. — Reni pallidi e flacidi

All'esame microscopico dei cordoni solidi che stanno nel posto della vena porta e dei suoi rami più grandi, si osserva, che il centro caseoso è composto da una sostanza fondamentale oscuramente striata, in parte fibrosa, ed in parte quasi omogenea, nella quale si trovano commiste poche cellule raggrinzate, ed un detrito finamente granuloso ed in parte adiposo. Il detrito è distribuito tanto egualmente sulla sostanza fondamentale, che in qualche punto si ha innanzi solo una massa torbida e granulosa. Le parti periferiche più trasparenti dei cordoni in questione, consistono in ordinario tessuto connettivo fibrillare, il quale in qualche punto contiene i soli corpuscoli di tessuto connettivo, ma per lo più racchiude anche gran numero di cellule splendenti, disposte in serie od accumulate l'una appresso all'altra, della grandezza e della forma dei globuli della linfa. In molti punti e specialmente in quelli non caseosi ed in vicinanza del tessuto epatico, si trovano, molto pigmento rosso-bruno in forma di gruppi di granuli, e piccoli cristalli di ematoidina. — Nel tessuto albuminoso del fegato, torbido e sopraccaricato con pigmenti biliari, non si può constatare sicuramente una deposizione di cellule eterologhe.

Dai comunicati reperti anatomici, emerge senz'altro, che noi in tutti questi casi abbiamo a che fare con una peripileflebite, cioè con un processo flogistico, il quale ha condotto ad un lussureggiamento ed infiltrazione cellulare del tessuto connettivo, che accompagna la vena porta. Quando poi si tratti di dimostrare, che quest'affezione è da porsi a calcolo della sifilide, allora prima di tutto, possono trarsi in iscena i nostri due primi casi, poichè questi riguardano bambini che furono partoriti da madri sifilitiche, e che oltre all'affezione epatica, portavano con se altri segni non dubbi di sifilide congenita. (Nel primo caso l'esantema caratteristico, - e nel secondo il sifiloma diffuso dei polmoni e del fegato).

I noduli ed i cordoni che si trovarono nel fegato di questi bambini, tanto esaminati ad occhio nudo, che col microscopio, concordano perfettamente per la loro struttura, con quella dei sifilomi a grossi nodi, o gomme, che si rinvengono nel fegato d'individui sifilitici adulti. Perciocchè anche in questi ultimi, le gomme del fegato circondano i rami più grandi della vena porta, decorrono con essi a modo di cordoni, e sul taglio trasversale di esse si può riconoscere in alcuni casi, anche il lume ristretto od obliterato delle diramazioni della vena porta. Un preparato che si conserva nel museo di questo Istituto patologico, mostra tali rapporti nel modo più evidente. Di poi la caseificazione dei nodi e dei cordoni, progressiva dal centro alla periferia, stabilisce un'altra importante analogia fra la nostra neoformazione, e l'ordinaria gomma sifilitica. Inoltre nei nostri casi non è dato rinvenire alcuna delle cause, che l'esperienza ha dimostrato esser per solito in nesso con l'infiammazione della vena porta. La pileflebite ordinaria, tanto adesiva, che purulenta, dipende da una coagulazione del sangue della vena porta. Nei nostri casi essa mancava; la vena porta ed i suoi rami erano realmente ristretti per la pressione su essi esercitata dal tessuto lussureggiante che gli stava attorno, ma il loro lume era ancora pervio, ne vi si trovava alcun coagulo. La pileflebite nei neonati ha, per regola generale, il

Digitized by Google

suo punto di partenza nella vena ombelicale; mentre in tutti nostri casi questa vena era perfettamente normale sino alla vena porta, non era otturata da alcun coagulo, e le sue pareti non erano malate. Questa ultima circostanza, cioè, la presenza in neonati di un' infiammazione della vena porta, *che non siasi dipartita dell' ombelico o dalla vena ombelicale*, mi sembra che parli in modo affatto deciso per la natura specifica sifilitica della peripileflebite dei nostri casi.

Volendo ora riguardare come peripileflebite sifilitica anche il terzo caso da me narrato, mi appoggio alla perfetta concordanza anatomica che passa tra esso e i primi due, e specialmente alla mancanza di un'affezione della vena ombelicale, o di qualunque altra causa locale della pileflebite. La difficoltà, che il bambino in questione non fosse sifilitico perchè derivante da madre sana, non è dirimpetto a ciò di alcuna importanza; poichè è cosa oggi riconosciuta; che la sifilide del padre può essere trasmessa al figlio, senza che sia infettata la madre; anzi pare che questi casi si presentino con abbastanza frequenza, ed anche nel caso nostro non è stata esclusa tale possibilità.

Le cose qui comunicate, sembra che gettino una luce anche sull' origine del così detto fegato a brandelli (*gelappte Leber*). Rokitanski spiega, come è noto, l' origine di simile abnormità nel fegato, col raggrinzamento di masse fibrose, le quali si sarebbero formate sul decorso della vena porta, nell' occasione di una pileflebite precessa. E. Wagner all' incontro si pronuncia su ciò dicendo, che il fegato multi-lobato si origina allora, quando le gomme che prima si trovavano nel fegato, subiscono una metamorfosi regressiva, e sopravviene nel loro posto una retrazione cicatricia del fegato. Io ritengo, a dir vero, per giusta quest' ultima opinione, però basandomi sulle osservazioni citate, come su quelle di altri, intorno alle gomme epatiche degli adulti, potrei modificare dicendo che la neoformazione sifilitica, ogni qual volta si presenti a forma di grandi nodi, segue a preferenza il decorso dei grossi rami della vena porta, attorniandoli da ogni lato.

Per ciò che riguarda il corso ed i sintomi dell' infiammazione sifilitica della vena porta, appena ho bisogno di notare, che il presente materiale è del tutto insufficiente per fare una esposizione di tali rapporti. Solo nel terzo caso, i sintomi esistenti hanno accennato ad un' affezione della vena porta, e solo in questo caso il reperto anatomico spiegò realmente i sintomi che si erano manifestati durante la breve malattia del bambino. L' occlusione completa del condotto biliare, produsse un' itterizia di grado così elevato, ed uno scoloramento delle feccie tanto completo, quale suole accadere soltanto nella compressione del condotto biliare esercitata da un tumore, ovvero nell' obliterazione di esso per calcoli biliari. La mancanza della bile negli intestini ebbe per conseguenza un' abnorme scomposizione delle sostanze ingerite, ed uno smodato sviluppo di gaz, e per conseguenza il meteorismo. La chiusura quasi completa della vena porta, determinò una stasi sanguigna nelle radici di questo vaso, che si fece conoscere pel tumore di milza, per le emorragie nel cavo intestinale, e per le fecci sanguinolente. — La malattia cominciò in questo caso 5 giorni dopo il parto, e durò 3 giorni e mezzo. Essendo gravi ed estese, le alterazioni anatomiche nel fegato, moderato il lussureggiamento del tessuto connettivo che accompagna la vena porta, ed espressa in totalità la metamorfosi regressiva del prodotto d' infiammazione, deve intorno a ciò recare meraviglia, come i sintomi che ne dipendevano cioè l' itterizia, e la stasi sanguigna nelle radici della vena porta, siano sopravvenuti tanto tardi, e così repentinamente.

Nel nostro primo caso, il bambino ammalò nel secondo giorno con itterizia che si fece sempre più forte, e morì nel terzo. La durata della malattia ascese quindi in questo caso a tre giorni. Le intestina erano meteorizzate, la mucosa iperemica. Però non erano sopravvenute affatto emorragie intestinali; all' incontro si trovò un trasudato sieroso nel cavo addominale, nella quantità di parecchi cucchiai. Anche qui, la gravezza della lesione anatomica del fegato, e la metamorfosi regressiva dei relativi prodotti d' infiammazione, è fuori d' ogni rapporto col tardo e repentino sopravvenire dei sintomi.

Nel nostro secondo caso, finalmente, dove era malato solo il ramo sinistro della vena porta, ed in cui il bambino del resto morì dopo 8 ore di vita, non vi era alcun sintoma, che stesse ad indicare un' affezione della vena porta.

Klemm. — *Rara cisti addominale in un fanciullo.* — Archiv der Heilkunde Erst. Heft 1867.

Nell' inverno 1864-65 fu curata nello stabilimento *pei fanciulli* di Lipsia, una bambina la cui istoria morbosa presenta grande interesse. Il Prof. Henning direttore dello stabilimento suddetto mi diede permesso di pubblicarla.

A quanto espone la madre, la bambina venne al mondo col ventre gonfio e fu divezzata a nove mesi, d' altronde sana. Subito dopo il parto il ventre aumentò poco sulle prime, più considerevolmente in seguito, e la cura di diversi medici rimase senza successo. Alla festa di S. Michele del 1864, la piccola paziente fu portata nella policlinica dei bambini. L' esame offrì le cose seguenti: il ventre fortemente tumido; la circonferenza maggiore (2″ sopra al ombelico) 73 centimetri, dal processo ensiforme alla sinfisi del pube 32 centimetri, molto elastico al tatto, senso d' ondulazione debole; la gonfiezza uguale in ambo i lati, la linea alba e l' ombelico non spinti lateralmente. La percussione dà un suono vuoto su tutta la metà di sinistra; sulla destra all' incontro, sull' estremità del fegato fino allo scrobicolo del cuore per un' estensione di circa 1 ½-2″ è timpanitico, cosicchè il tono vuoto è limitato da una linea concava in basso: cambiando di posizione, questo stato non si altera. Non si può scorgere col tatto un tumore o alcun che di abnorme per la grande elasticità delle pareti addominali. L' ottusità del fegato normale, appare soltanto distesa un po' in alto: gli altri organi sani: l' aspetto della fanciulla non è infermiccio, anzi la nutrizione è molto buona.

Da questo reperto un' esatta diagnosi non era ancora possibile, tuttavia dalla specie dell' ottusità si poteva escludere un' ascite libera, all' incontro rimaneva indecisa la questione fra un' ascite saccata ed una cisti, e sopra la natura della

Digitized by Google

cisti non potessi dare alcun schiarimento. Ai 24 d' Aprile fu praticata la prima puntura nel luogo ordinario del lato sinistro e ne furono estratti 550 grammi di liquido. In questo Huppert trovò un poco d' albume, leucina e tirosina. Dopo l'operazione le pareti addominali erano sì floscie che potevansi palpeggiare esattamente, specialmente se allo stesso tempo si esplorava per l'ano. Gli organi del piccolo bacino si riscontrarono affatto normali, nè si poterono scoprire in luogo alcuno alterazioni morbose, e l' esistente parete della cisti sfuggiva del tutto al tatto, poichè essa allora era probabilmente anche sottile, molle e accasciata e così dava la stessa sensazione dell' intestino.

In breve tempo il ventre riaumentò ed anzi dapprima nella metà sinistra, però senza diffusione del male: l' ottusità apparve dapprima nella parte inferiore del lato predetto e poscia si abbassò, precisamente a modo dell' ascite libera, e dopo due mesi rioccupò tutto il ventre; tuttavia, precisamente come la prima volta, nei luoghi indicati rimaneva timpanitico, ed anzi in ogni posizione, specialmente nella regione del colon ascendente. Ciò sempre più conduceva ad ammettere una cisti, non offrendo l' ascite saccata un aumento sì rapido, e non esistendo più verun edema degli arti inferiori: la diagnosi poscia fu confermata sostanzialmente anche per mezzo della esplorazione anale. Sentivasi un tumore liscio, elastico, non solido, che si lasciava poco spostare e fluttuava.

I rimedi interni (il liquore d' acetato di potassa) ed il ferro non ebbero alcun successo, come pure la compressione continuata. Lo stato dell' inferma era relativamente buono, come anche la nutrizione, l' appetito e la digestione; nessun sintoma di compressione all' infuori di difficoltà accresciuta di respiro.

Sul finire dell' Agosto 1864 fu praticata la seconda puntura, questa volta nella regione ipogastrica destra. Il liquido estratto raggiunse soltanto i 200 grammi ed era di colore verdastro e vischioso. Quando non sortì più nulla, s' introdusse per la cannula una sonda, che urtò distintamente contro una parete resistente, la quale si poteva spostare alquanto, però non si potè scoprire nulla sulla grandezza e sulla sua origine, ed appena rimaneva dubbio che il liquido fosse chiuso in una cisti; tuttavia non potevasi riscontrare alcuna produzione straniera, sebbene le pareti addominali fossero affatto molli e rilassate; solo sentivasi dappertutto fra le dita la sensazione di intestina, non ostante che più clinici esercitati si accingessero all' esame.

Agli 11 di Gennaio 1865 la bambina fu riportata ed accolta nello stabilimento. Dopo l' ultima puntura, era stata gravemente inferma per parecchi giorni, poscia però si rimise e stette sempre bene. Il liquido nel ventre era aumentato solo a poco a poco, e con apparente prestezza solo nell' ultima settimana, a modo, che il ventre in allora avea riacquistata una periferia straordinaria. La bambina non poteva più stare in piedi, lamentavasi molto di dolori e soffriva specialmente per la difficoltà di respiro e di insonnio. L' appetito era normalmente buono, la defecazione regolare (però soltanto in posizione eretta o sdraiata); non febbre; l' urina senza albume. La circonferenza del ventre centimetri 80, al margine costale 78, la distanza dalla sinfisi al processo ensiforme 34 centimetri: il ventre sentivasi duro ed elastico, assieme però distintamente ondulante. La curva era uniforme molto sviluppata in avanti, la percussione dava gli stessi risultati di prima.

Ai 18 di Gennaio fu fatta la terza puntura: la quantità del liquido 520 grammi, rossigno, semitrasparente senza fiocchi grossolani. Nella sera stessa comparve vomito frequente, che però cessava dietro una dose di oppio, dopo di che la bambina si trovò di nuovo bene del tutto.

Già dopo 14 giorni, si rimarcava una nuova tumefazione del ventre, l' urina era sempre abbondante e puzzolente: lo stato della bambina buono per lo più come per lo passato: febbre mai - essa lagnavasi soltanto di frequenti dolori al ventre. — Dopo due mesi questo era sì voluminoso, che di continuo le faceva trarre profondi sospiri e la difficoltà di respiro era divenuta tormentosa. Fu punta per la quarta volta all' 11 di Marzo, e dopo essere stata cloroformizzata si iniettarono quattro oncie della soluzione di Lugol, che in massima parte fu restituita. Questa volta il liquido era più scuro e sieroso, nella quantità di 330 grammi. Nella sera vomitò più volte, quindi trovossi bene ed ebbe una notte tranquilla. Nei sei giorni successivi era vivace aveva buon appetito e nessun dolore. Ai 17 di Marzo senza altra causa riammalò d' improvviso, fu presa da febbre violenta con tutti i sintomi di estesa peritonite, decadde assai nelle forze, gridava quasi giorno e notte; ricuperò la salute solo a poco a poco e non si potè ristabilire del tutto. Da allora in poi il ventre rimase molto sensibile, era dolente al tocco, ed aumentava di nuovo rapidamente; di più avea frequenti accessi di febbre, perdita dell' appetito, dimagrimento. Il reperto obbiettivo era lo stesso anche questa volta come per l'addietro; il suono vuoto si mostrò di nuovo nel luogo più basso, quindi a poco poco salì, estendendosi contemporaneamente alla metà destra del ventre: osservazione che sempre indica ad un' affezione dell' ovaio e sta in contraddizione col reperto necroscopico.

Ci determinammo allora per l' operazione radicale, quantunque non si sapesse nulla di certo sull' origine della cisti e sulle possibili aderenze: disgraziatamente i rapporti erano assai sfavorevoli all' operazione. L' indicazione era data dal convincimento che la bambina abbandonata al proprio destino avrebbe dovuto perire di certo, ed a circostanze favorevoli era a buon dritto possibile un esito felice dell' operazione.

Ai 10 di Aprile fu praticata l' operazione dal Sig. Professore Schmidt e Henning: la bambina fu completamente cloroformizzata. Fu aperta la cavità del ventre con un taglio nella linea alba, lungo 2 ½"; non sortì liquido di sorta; nella apertura apparve tosto la parete della cisti, fu tolto il contenuto, e la cisti vuota fu tratta fuori con poca fatica e gli intestini si poterono ben contenere; l' emorragia fu irrilevante. La parte estratta della cisti poteva essere una metà del tutto ed avea la grandezza della galea aponeurotica d' un fanciullo fatto. Solo in un luogo era leggermente aderente, nel rimanente affatto libera; la sua origine non potevasi ancora stabilire esattamente: quando fu fortemente tratta fuori, si vide la milza, lo stomaco, ed il fegato assieme al pancreas: era aderente a queste parti sì intimamente che non potevasi pensare a separarla. Già nello staccare l' omento la emorragia era sì imponente che si do-

Digitized by Google

vette tralasciare. Il piano dell'operazione allora fu cambiato, chè non potendo levare tutta la cisti, si dovette asportarne solo la parte libera.

Dopo d'avere il meglio possibile pulita la cavità addominale dal sangue stravasato, fu tratta fuori la cisti per quanto fu possibile e poscia riunita colle pareti addominali per mezzo della sutura clavata. L'operazione non fu lieve, avendo la cisti pareti assai grosse e teneva fortemente allontanati i margini della ferita. La parte libera quindi fu fermata ed asportata: l'emorragia dalle pareti della cisti non fu d'importanza; in oltre si applicò il compressore di Hutchinson affine di affrettare la mortificazione del moncone.

La cisti era ricca moltissimo di vasi e dapertutto grossa ¼ di pollice; la superficie esterna liscia, l'interna un poco aspra e secondo l'osservazione del Dott. Schuppel colpita da granulazioni, il taglio mostrava un tessuto gelatinoso, denso, di colorito bianco-bluastro senza una struttura qualunque riconoscibile. L'operazione durò circa ¾ d'ora, la bambina perdette 5 oncie di sangue all'incirca, il polso non s'alterò in modo rimarchevole e la narcosi non fu interrotta.

Nei tre giorni successivi la bambina vomitò molto, e fu assai inquieta; però al terzo giorno si trovò di nuovo benissimo, comparvero evacuazioni alvine di buona qualità, cessò il vomito ed il sonno era tranquillo. Anche la ferita avea buon aspetto non sortiva pus dalla cavità dell'addome, quantunque l'angolo inferiore della ferita fosse aperto. La percussione frattanto dava suono ottuso dalla sinfisi fino all'ombelico; a destra soltanto tutto il lato era timpanitico. Si applicarono due vesciche di ghiaccio. Allora presentossi una febbre violenta.

Ai 23 d'Aprile la piccolina si trovava passabilmente, il polso e la respirazione erano un po' moderati, l'aspetto buono. Fu tolto allora il compressore, la ferita non avea cattivo aspetto, il troncone era nerastro ed in parte inaridito: a moderata pressione escirono alcune cucchiaiate di pus con icore: le cuciture erano anche sode: sonno sempre buono: urine ed evacuazioni normali. Nel mattino del 24 d'Aprile morì senz'altro disordine apparente: un giorno avanti era pure stata presa da tosse e nella notte comparve respiro rantoloso e collapso.

La sezione offrì: anemia di tutte le parti: il lobo inferiore del pulmone sinistro era infiltrato pneumonicamente: il cuore sano: lo stesso dicasi degli organi del ventre e del bacino: la ferita era bene saldata fino all'angolo inferiore. Aperta si trovarono adesioni numerose recenti; sulla cisti trovansi circa 4-5 cucchiai da tavola di denso pus: la faccia interna era coperta da uno strato di marcia crouposa, probabilmente prodotto dell'infiammazione attuale, e non delle precedenti iniezioni iodate. La parte ancora esistente della cisti avea tuttora la grandezza di una mezza testa di fanciullo ed era approssimativamente rotonda; il luogo d'origine non potevasi riscontrare con esattezza, potevasi seguire fino alla colonna vertebrale ed ivi era sì strettamente aderente cogli organi circostanti, in ispecie collo stomaco col pancreas e coll'omento, che non si era in istato di dire da quale di queste parti avesse preso la sua origine. Trovossi per vero un peduncolo legamentoso lungo ½ pollice, che conduceva fino al pancreas, il quale però per tutta la sua forma e disposizione si poteva ritenere soltanto come un prodotto accidentale e non come il peduncolo di questa grande cisti: era assai sottile, non mostrava alcun grosso vaso sanguigno; il riflusso del sangue sembrava essere avvenuto dalle differenti parti circostanti e non si trovarono grossi cordoni vascolari isolati.

Colla massima probabilità la neoformazione descritta si può ritenere per una cisti dell'omento. Le cisti dell'omento e del peritoneo non si presentano sì di frequente; hanno però la loro sede ordinaria più profondamente, in vicinanza del piccolo bacino e per lo più si trovano nel sesso femmineo, senza però poterle mettere in connessione con malattie degli organi sessuali. Ordinariamente rimangono assai piccole e assai di rado raggiungono una circonferenza maggiore di una mela. La nostra per conseguenza dovea essere forse unica nella sua specie; almeno nella letteratura che ebbi per le mani non potei trovare nessun caso analogo. Vero è che Henoc nella sua clinica delle malattie del basso ventre enumera due storie di tale specie, tuttavia nel decorso ulteriore si vide che piuttosto erano stati grandi ascessi del bacino. In ambedue i casi (in fanciulli) nella regione lombare vicino alla colonna vertebrale si sviluppò un tumore, che impose per un rene idropico, ed a poco a poco acquistò la grandezza d'una testa di fanciullo: finalmente si aprirono anche all'esterno, e quindi guarirono in breve tempo. E Graves (Dublin Iournal) vide un tumore, che si sviluppò in un uomo nel sinistro ipocondrio e tanto aumentò in due anni, che giungeva in ambe le regioni lombari; esso era rotondo, elastico e mobile: scoppiò d'improvviso all'ombellico; versò molto liquido purulento, assai denso. L'ammalato dopo nove giorni morì. Era stato un essudato saccato che giaceva davanti al grande omento ed agli intestini e per ultimo avea perforato lo stomaco.

Se paragoniamo ancora alcuni sintomi col reperto della necroscopia, in tal caso parecchie cose sorprendono. L'unico segno che indicasse una cisti era il tono timpanitico nella regione lombare destra, mentre a sinistra era vuoto affatto: alla sezione si vide che in quei luoghi giaceva il colon ascendente non solo, ma anche il discendente respinto dal tumore: gli altri intestini si trovavano nella posizione ordinaria; l'omento non era raggrinzato. Per quanto l'esito della percussione facesse pure sospettare d'una cisti, specialmente se si riguardava all'accrescimento, pur tuttavia mancavano affatto altre importanti dimostrazioni. Primieramente non si fu mai in istato di palpare la cisti con esattezza, nè piena nè vuota, sebbene si ponesse la bambina in posizioni differenti: si poteva in vero fissare un poco il liquido fra le mani, ma non si ebbe il senso, che fosse chiuso da una parete resistente, nè si poteva decisamente separarne gli intestini. In oltre l'ombellico non era scomparso nè stirato lateralmente. Il ventre crebbe colla massima uniformità, in ambi i lati, sebbene dapprima l'ottusità fosse soltanto a sinistra: ogni volta questa cominciò nella parte più bassa e poscia salì verso l'alto, precisamente come nell'ascite e nelle cisti ovariche, quantunque si dovesse attendere un andamento precisamente opposto, almeno non sarebbe possibile verun'altra posizione, se il liquido si movesse semplicemente secondo la legge di gravità. Non esistendo adesione alcuna si può cercarne la ragione solo nella contemporanea rimozione degli intestini, i quali, per tutto il tempo che la cisti era poco

Digitized by Google

piena, la ricoprivano sull'alto ancora in parte, e solo a poco a poco venivano spinti lateralmente ed in alto.

Se finalmente ancora si aggiunge, che anche l'esame per l'ano non offrì alcuna plausibile spiegazione o soltanto negativa, che essa fece riconoscere gli organi del bacino sani, e nulla scoprì sul tumore, e che in oltre la puntura non dimostrò la esistenza d'una cisti, così il complesso degli indizi non era per alcun modo in accordo, la immagine oscura, ed il caso era ben adatto a mettere avanti nella guisa più inviluppata tutte le difficoltà che sì spesso ci capitano nella diagnosi dei tumori addominali.

In questa osservazione mi riescì manifesta la fallacia dei migliori aiuti diagnostici. Anzitutto voglio rimarcare che il comportarsi della percussione nelle posizioni differenti dell'infermo non è misura così giusta come si crede e si insegna comunemente: in molti casi può condurre a verità, certamente però spesso anche all'errore, quindi volendo con essa distinguere una cisti da una ascite si svelerebbe poca perspicacia. Tuttavia si osserva facilmente, che una cisti assai mobile, specialmente quando è situata presso la linea mediana, si può smuovere qua e là, che il suono ora è timpanitico a destra ora a sinistra, e per altra parte l'ascite può essere sì rilevante che dapertutto dia un suono ottuso, anche in posizione laterale del corpo, o se il mesenterio sia contemporaneamente rattratto e gli intestini poggino strettamente sulla colonna vertebrale. Nel nostro caso è singolare la circostanza che su un lato (a sinistra) il tono fu sempre vuoto mentre sull'altro era sempre timpanitico anche in posizione laterale: ciò di leggeri si spiega perciò, che il colon discendente era spinto verso il lato destro e stava vicino al colon ascendente: per queste dislocazioni dei visceri principalmente, che accompagnano quasi sempre i tumori, è reso difficile e traviato un giusto concetto.

Il palpamento in molti casi è un mezzo d'esame molto utile, ma richiede grande esercizio, e rimane tuttavia sempre subbiettivo; si può usare con vantaggio solo in circostanze favorevoli, quando le pareti addominali non siano troppo grasse, nè troppo rigide, e quando il tumore sia discretamente grande, nè sia complicato a spandimento idropico nella cavità addominale: in quest'ultimo caso la diagnosi è difficilissima; ed allora soltanto colla posizione differente o coll'estrarre l'acqua libera si può arrivare ad un giudizio.

Per ultimo voglio ricordare eziandio che Cantani diede il consiglio d'esaminare il ventre in posizione seduta, che anche in grandi cisti, l'ottusità presso la colonna vertebrale è sempre più alta anteriormente di quello che nella parte posteriore: nel nostro caso non fu praticato questo esame, essendomi ancora sconosciuta questa notizia: in seguito però mi sono ripetutamente convinto nell'ascite, che posteriormente nella regione lombare non è mai così vuoto come sul davanti. Di più questo luogo non è adatto alle differenze esatte della percussione, giacchè non potrebbesi giungere ad un'esatta limitazione.

Del rimanente poi, perchè l'acqua nelle grandi cisti debba stare più alta sul davanti che didietro, io non lo posso comprendere, e ciò sarebbe possibile soltanto, allora quando la cisti fosse assai mobile e si piegasse in avanti, e gli intestini vi si collocassero al disopra o didietro.

Schweder. — *Un caso di pericardite con forte rumore di soffregamento.* — Berlin. klinis. Wochenschrift N. 52, 1869.

Il seguente caso di pericardite è degno di nota per due rapporti: *a*) a motivo del rumore di soffregamento straordinariamente forte, sopravvenuto in seguito all'infiammazione; *b*) perchè offre un materiale casuistico per la questione più volte ventilata, se cioè debba ammettersi nella gonorrea, un infiammazione metastatica delle sierose.

Ermanno J. cameriere dell'età di 22 anni, fu nell'8 Novembre 1868 ricevuto come recluta nel 1.° Regg.° Guardie. Nel 19 dello stesso mese, a motivo di una gonorrea contratta in questo frattempo, seguì la sua ammissione nel lazzaretto, da cui fu licenziato guarito il giorno 28, dopo un trattamento locale di 8 giorni. Peraltro già nella mattina del 29, egli ammalava con violenta palpitazione e dolore nella regione del cuore, senza che fosse preceduto un raffreddamento, od alcuna altra causa morbifica dimostrabile. L'infermo dice, che fin da quel momento egli udì uno speciale rumore nella metà sinistra del petto, e che lo fece avvertire anche ai suoi compagni. A motivo di ciò nel giorno 30 Novembre fu di nuovo ricevuto nel lazzaretto, dove l'esame praticato fece rilevare il seguente stato presente:

Uomo grande, ben costrutto, con musculatura debolmente sviluppata, e colore della faccia pallido. Il *torace* è stretto, il diametro antero-posteriore piccolo, ma però si solleva e si dilata bene nelle inspirazioni profonde; l'*addome* è piano, ed alquanto rattratto; il rumore respiratorio debolmente vescicolare. L'ottusità del cuore raggiunge verso sinistra la linea mammillare, verso destra sorpassa il margine sternale destro di 1 ½ centim., l'urto della punta è poco visibile nel 5.° spazio intercostale. Se si pone il paziente sul lato sinistro allora l'urto della punta del cuore si trasporta due dita trasverse al di fuori della linea mammillare sinistra, e già dopo breve tempo, (40-70 secondi, sopravvengono rumori chiari, crepitanti e sincroni all'impulso cardiaco, che durano circa 5-7 minuti, quindi diventano irregolari e più deboli, e finalmente cessano del tutto. — Nel primo giorno dopo l'ammissione, le inspirazioni erano tanto frequenti e superficiali, che i rumori sembravano sincroni ad esse. I toni ne erano così alti e forti, che si potevano udire chiaramente non solo senza stetoscopio, al letto del malato, ma anche nell'estremo opposto della corsia, ed anzi anche fuori di essa. Nel primo giorno di malattia, il malato dice di averli uditi anche stando in piedi. Ad ogni modo il 1.° Dicembre, essi potevano distinguersi benchè deboli, anche nella posizione supina, e con l'orecchio inerme. Una profonda inspirazione aveva influenza sui rumori, in quanto che - in contrapposto di quanto avviene ordinariamente nella pericardite, - li faceva subito cessare.

Se facendo porre il malato supino si ascoltava sulla punta del cuore, allora i toni cardiaci venivano intesi deboli ma però netti, e ad essi teneva dietro un rumore chiaro e stridente, che principiava alquanto più tardi del primo tono, e durava alquanto di più del secondo; i toni delle valvole semilunari si udivano tanto chiaramente quanto quelli della punta, però anche insieme ad essi si verificavano i rumori concomitanti, benchè in grado più debole.

Digitized by Google

L'arteria radiale era discretamente tesa, la frequenza media del polso era di 72, ed anche nella sera non si osservò aumento di temperatura.

Il dolore, la palpitazione di cuore, la dilatazione benchè leggiera dell'area cardiaca, l'oscuro battito, ed il rumore di soffregamento, fecero ritenere all'autore con certezza approssimativa, che si trattasse di una pericardite con considerevoli depositi fibrinosi, benchè la completa apiressia ed il cessare dei rumori nelle profonde inspirazioni, sembrassero star contro a questa veduta diagnostica. Per ispiegare quest'ultimo fenomeno e parecchi degli altri sintomi osservati non bastava in genere una pericardite semplice, ma piuttosto doveva presupporsi una contemporanea infiammazione di quelle parti della pleura, che rivestono le superfici laterali del pericardio, dove esso assume il nome di pleura cardiaca. Venendo spinta questa pleura cardiaca contro la pleura costale, potevano originarsi allora i toni chiari, però un tale sufficiente avvicinamento si trovava solo allorchè nella posizione sul lato sinistro ambedue le sierose venivano premute l'una contro l'altra, mercè il cuore molto mobile, ed allora solo, mediante l'impulso cardiaco, venivano soffregate tra loro.

Il cessare dopo qualche tempo, dei toni prodotti in simil maniera, poteva dipendere da un rapido spossamento consecutivo del cuore; - almeno nella posizione sul fianco la frequenza diventava subito minore, - ovvero doveva ricercarsene la cagione in un rapido appianarsi delle scabrosità fibrinose, il che poteva bene ammettersi per l'intimo contatto di ambedue le sierose sotto la compressione del cuore.

Lo sparire finalmente dei rumori nelle inspirazioni profonde, si spiegava facilmente, ammettendo quanto è stato detto disopra: nelle inspirazioni il margine inferiore del polmone sinistro si cacciava tra la pleura costale e la cardiaca, e così impediva l'originarsi dei rumori di soffregamento.

Del resto dopo l'applicazione di un vescicante svanirono completamente i rumori; solo rimase per lungo tempo un dolore che si presentava ritmico con l'impulso cardiaco, che aveva il suo fondamento nelle aderenze residuate. — Finalmente è a menzionare un fatto degno di nota, che cioè subito dopo la scomparsa dei fenomeni pericardiali ricomparve una copiosa blennorragia, mentre come è osservato disopra, la pleuro-pericardite si era originata dopo la prima soppressione della gonorrea.

Mollendorf. — *Sull' emicrania.* (Virchow's Archiv XLI. 3 a 4, p. 385, 1868). Schmidt's Jahrbücher, N. 7. 1868.

Mollendorf spiega l'emicrania per una paralisi temporaria del nervo simpatico, per quanto accompagna la carotide: quindi per una congestione attiva del cervello, per lo più d'un lato solo. Egli si appoggia ai momenti che seguono:

Per solito l'emicrania si presenta contemporanea alla mestruazione, cioè prima o dopo. Questo dipende probabilmente soltanto dalla abolizione del tono dei vasi dell'utero. Non di rado l'emicrania passa dall'una all'altra metà del cervello, si presenta al pari della cefalea nella ebbrezza, non durante lo stadio d'irritazione, ma succede a questo; viene iniziata ed accompagnata da battito molesto delle arterie del capo, si può togliere momentaneamente, appena si comprima la carotide comune nel collo, e cessa per tutto il tempo che dura la compressione; peggiora al contrario, almeno sul principio, se si comprima la carotide dal lato sano. Coll'ottalmoscopio si offre una congestione manifesta dell'occhio del lato infermo.

Mentre per tal modo una metà del cervello riceve un afflusso abnorme di sangue; il resto del corpo mostra una mancante ripienezza di sangue (perchè?) perciò polso piccolo, compressibile nelle estremità, il quale fa molto contrasto con quello delle arterie della faccia e della carotide, con freddo di gelo alle mani ed ai piedi, quindi diminuita secrezione del sudore, però con secrezione aumentata di saliva e di urina. L'urto del cuore è realmente ritardato e spesso si hanno nausee e vomito.

Questo complesso di sintomi presenta molta analogia con quello che si ha dopo il taglio dei gangli cervicali del nervo simpatico.

Una parte di questi sintomi viene prodotta direttamente dalla flussione arteriosa; una parte dalla pressione del cervello, tumefatto, esercitata sulla base e sulle pareti dal cranio. I fenomeni di compressione mancano nei nervi che escono dal cranio al disotto del tentorio del cervelletto.

Il rallentamento del polso si deve spiegare, analogamente ai saggi dei colpi di spatola di Goltz, per l'abolizione del tono nel dominio dei vasi cerebrali (non più semplicemente per una irritazione del nervo vago?).

Nel decorso del tempo si forma una pletora nel fegato e negli intestini.

La congestione attiva dell'encefalo, come già si è detto, è secondaria, segno e risultato d'un rilasciamento dei vasi, la sua comparsa unilaterale si spiega nello stesso modo delle ordinarie malattie unilaterali degli organi doppi, come i reni, le ovaia.

L'emicrania è ereditaria ed allora insorge spesso già nel 6.° anno di vita, e colpisce quei bambini che sono somigliantissimi ai genitori nella parte sofferente.

Probabilmente vi sta a base uno sviluppo difettivo della muscolatura dei vasi, congiunto a debolezza funzionale dei nervi vasomotori. Perciò in caso di clorosi è ancora più intensa.

La forma di emicrania fin qui descritta si può designare come idiopatica; essa scompare per solito negli anni climaterici.

All'incontro tutte le emicranie che si presentano dietro il periodo di involuzione si debbono riguardare come simpatiche, di cui diversi organi sono punto di partenza: così le parti genitali femminine, od un'alterazione del sangue, come nell'artritide, od una abnorme funzione psichica.

L'emicrania idiopatica quasi costantemente guarisce da sè nell'età avanzata; la cessazione di flussioni tipiche all'utero, al petto e via dicendo, lo irrigidirsi delle fibre elastiche delle arterie sono i mezzi di compensazione della natura.

Digitized by Google

L'arte non porta che aiuti temporari con quei rimedi che eccitano i nervi vaso-motori, così la caffeina, l'arsenico, gli oli eterei e l'alcool, il freddo fugace. Ha valore profilatico lo allevare la gioventù a modo da ottenerne individui a muscolatura robusta. (Perchè partendo dal suo punto di vista, non raccomanda l'autore l'elettrizzazione del simpatico, tanto razionale, che spesso fu utilizzata con vantaggio, al pari di quella del capo in genere?).

La cura dell'emicrania simpatica deve dirigersi a seconda dei disordini che ne costituiscono il substrato.

Hueter. — *Ricerche sperimentali sull'etiologia della difterite.* (Berlin. klinis. Wochenschr. N. 33, 1869).

Sino dal Marzo dell'anno decorso il Prof. Hueter era giunto a dimostrare nei tessuti viventi e nel sangue dei malati per cancrena difterica, alcuni corpiccioli rotondi e mobili che egli riguardò come *Monas crepusculum* e che ritrovò pure nell'essudato della faringite difterica; ora introducendo pezzetti di depositi difterici, tolti dagli uomini, nei muscoli del dorso dei conigli, è arrivato a produrre in essi una miosite difterica dipendente dall'ingresso di quei corpiccioli nel tessuto muscolare, ed in 20-40 ore anche la morte dell'animale. Hueter ha quindi veduto, che quegli stessi piccoli corpiccioli si originano in numero molto grande anche durante la putrefazione del pus; guidato da questo fatto ha pertanto cercato di provare esperimentalmente se il pus putrido sotto certe condizioni, ed in un certo stadio potesse produrre negli animali un'infiammazione difterica. Infatti le sue esperienze sono state coronate da pieno successo, poichè iniettando questo pus nei muscoli dei conigli, vi ha prodotta un'infiammazione muscolare difterica, caratteristica, emorragica e rapidamente mortale, eguale a quella prodotta mercè l'innesto di pezzi di depositi difterici. — Il pus avrebbe la proprietà di produrre l'infiammazione difterica nella prima settimana di putrefazione; in questo tempo non si sviluppano in esso quasi affatto vibrioni, come succede a pari circostanze nella carne muscolare e nel tessuto adiposo, ma solo quei piccoli corpi rotondi cioè il *Monas crepusculum;* la putrefazione del sangue offre i medesimi caratteri morfologici di quella di pus; questa differenza sui fenomeni morfologici della putrefazione nei diversi tessuti animali, secondo Hueter, fa vedere come questi processi non possano identificarsi con quelli segnalati da Pasteur per la putrefazione, di cui sarebbero eccitatori i vibrioni.

Le suindicate ricerche di Hueter hanno un'influenza immediata sulla teoria della difteria delle ferite (cancrena nosocomiale), ed una mediata sulle cause produttrici della difterite del faringe e delle altre mucose. Egli è molto probabile, che un processo di putrefazione simile a quello del pus si possa sviluppare anche in altri liquidi, come nelle cloache, acque stagnanti ecc., il che potrebbe essere il germe delle malattie difteriche solitarie, non che delle endemiche e delle epidemiche.

Secondo Hueter anche l'eresipela septica delle ferite dovrebbe esser riguardata siccome una difterite diffusa della cute esterna, poichè anche in essa trovansi in grande quantità quei corpiccioli menzionati, che possonsi rinvenire ancora mobili e viventi nell'orina degli infermi per tale malattia.

Sauer. — *Un nuovo anestetico.* (Berlin. klinis. Wochenschrift N. 34, 1869).

Il chirurgo-dentista Sauer di Berlino, ha recentemente fatte importanti esperienze sui vari rimedi anestetizzanti, ed è giunto alla conchiusione, che il migliore di essi è un miscuglio di ossidulo d'azoto, cloroformio ed aria atmosferica. Facendo inalare questo miscuglio, non si hanno quegli inconvenienti che derivano dall'uso del solo ossidulo d'azoto o del solo cloroformio, mentre si produce in pari tempo una perfetta anestesia. Anche i pericoli del cloroformio sono eliminati con questa combinazione, giacchè sotto l'uso di essa i polsi si mantengono pressochè sempre eguali.

La proporzione migliore con cui devono mescolarsi le diverse sostanze è la seguente: cloroformio liquido grammi 6, aria atmosferica $^3/_4$ di litro, ossidulo d'azoto 16 litri.

Per apparecchio d'inalazione, Sauer si serve di un piccolo gazometro costruito da Giorgio Barth, e che trovasi in vendita presso parecchi negozianti di Berlino e di Londra (1).

(1) 26, Duke Street, Blomsburg, London, C. e presso Ash e Comp. London, 7, 8, 9 Broad Street, Golden Square W. — ed in Berlino Carlstrasse 180.

Nei giorni 30 e 31 del decorso Marzo furono eseguite dal Prof. Landi nella Clinica Chirurgica di Pisa due grandi operazioni: la estirpazione di un tumore solido interstiziale dell'utero sorgente dal fondo di questo organo, e la estirpazione di una voluminosa ciste ovarica avente estesissime aderenze parietali, omentali ed anche intestinali. — Questa volta disgraziatamente l'opera ardimentosa del Clinico Pisano non è stata coronata da prospero successo. Quanto prima saranno pubblicate le storie relative...

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 4 e 5. BOLOGNA Aprile e Maggio 1870.

MEMORIE ORIGINALI

Dalla Clinica Medica di Bologna (Prof. L. Concato)

SULLA PERITONITE PELVICA

FATTI E GIUDIZI

PEL

Prof. L. CONCATO.

A. — FATTI.

Storia 1.ª — M. M. di Borgo Panigale nel bolognese, di anni 23 data ai lavori di casa e nubile, era venuta in luce da madre tuttora viva e da padre perito a 36 anni non si sa di quale malattia. Dei suoi fratelli (tre) chi era perito di sinoco, chi di morte violenta e chi consumato da lunga pneumopatia. Intorno al dodicesimo anno le apparve la prima mestruazione, ed allora ed in seguito ebbe salute floridissima fino ad un mese e mezzo circa, prima del suo ingresso in Clinica (28 Settembre 1868). Il 14 Agosto, alzatasi per tempissimo, s'avviava ad un santuario sito in cima ad alto colle e distante cinque miglia dalla sua abitazione. Andando più che di passo, giunse lassù che sudava abbondantemente, ed entrata in chiesa non andò guari che principiò a tremare dal freddo. Escitane dopo due ore e forte temendo che non gliene incogliesse male di quel fatto, si rimise in via, camminando con celerità per ripromuovere il sudore. Ma invano; laonde non appena a casa si pose a letto, dal quale non si levò che a sera per mettersi a tavola. Non vi fu verso che cibasse e ripostasi quindi a giacere, dormì di sonno interrotto e turbato da immagini spaventose. Il mattino dopo le facea male al ventre, e vedendo che si gonfiava, mandò pel medico, che con mignatte e cataplasmi ammollitivi sulla parte più dolente (inguine sinistro) le arrecò prontò e grande sollievo. Ridatasi perciò e presto alle sue occupazioni, tra le altre, trascorreva le intere giornate stirando biancheria. E fu propriamente dopo averne passata una in consimile maniera ed a motivo del gran caldo poco coperta della persona e gettata ogni calzatura, che in prima sera smesso il lavoro e versata acqua fredda in un catino, v'immerse le mani, si lavò la faccia e vi tuffò i piedi. Messasi indi per cenare non trovò l'appetito e coricatasi passò una notte inquieta. Egualmente, ciò non le impedì l'indomani di recarsi alla città a portarvi l'opera del proprio lavoro. Nel ritornarsene, che fu dopo un'ora appena di riposo, soffrì moltissimo per dolori alle coscie e senso di peso al basso ventre e venne soprappresa dal flusso mestruale che non durò poi più di un giorno. A casa mutò le vesti e levatesi scarpe e calze, s'avviò al fiume vicino, nelle cui acque stette parecchie ore lavando, cioè fino a tanto che i suddetti dolori ed un violento male di capo la costrinsero a togliersi di là. Per via fece acquisto di sale inglese, che non mancò di produrre i suoi effetti, ma crescendo non pertanto il male e sopravvenuta febbre con freddo, la M. rifuggì in letto, ove dopo qualche tempo diede in sudore generale e copioso. Cavato sangue dal braccio e riapplicate sanguisughe sull'addome, che s'era rigonfio straordinariamente, i dolori si mitigarono e la febbre cessò, perlocchè la M., quand'anche senza appetito ed ancora addolorata e debole, riprese le abituali fatiche. Nelle tre settimane successive, ripurgatasi prima col sale amaro, bevette poscia acqua del tettuccio, indi prese pillole e polveri e fece unzioni sull'addome, probabilmente con unguento mercuriale, coi quali mezzi migliorò al segno da parere guarita, ma il riaccendersi della febbre, prenunziata ogni giorno da freddo, la perdita assoluta dell'appetito e delle forze non tardarono a disingannarla ed allora cercò ricovero in Clinica.

29 Settembre 1868. Mattina. — Temp. 40° 70, pelle arida, Puls. 122, Resp. 32; faccia accesa, occhi splendenti, pupille egualmente ampie, sete penosa, lingua larga, umida, rossa, con sottile strato grigio al dorso, labbra pallide, screpolate, coperte qua e là di vescichette giallo-verdognole. Addome esagonale, cedevole e depresso sopra, resistente e tumido sotto l'ombellico; la linea ombellico-pubica obliqua a destra e scura; i quadranti inferiori immobili, la cute con cicatrici recenti, leggermente edematosa, grossa, sollevabile in larghe pieghe e mobile per ogni verso sulla tumidezza sottoposta. Questa era maggiore fra l'ombellico ed il pube e diminuiva eccentricamente per gradi, di figura sferoide ed estesa da un centimetro all'interno dell'apofisi anterior-superiore iliaca sinistra, a quattro dall'interno della destra, e da due centimetri sopra l'ombellico, al margine

Digitized by Google

posteriore pubiano. E la malata raccontava che appunto avea visto il ventre ingrossarsi prima a sinistra, poi verso il bellico, indi contro il pube e finalmente alla fossa iliaca destra. Era dunque la detta tumidezza un corpo ovale, collocato col diametro maggiore (20 centimetri) di traverso, liscio, piano e resistente come un fibroma, non fluttuante, immobile e indolente. Dappertutto, tranne all'ombellico, le pareti addominali restavano a contatto di quel corpo nelle inspirazioni, nè la ipofonesi che dava sotto la percussione e che era fortissima sulla parte più alta e debolissima alla periferia, variava pel variare dell'atto respiratorio.

Esplorazione del retto. Collo dell'utero apparentemente schiacciato nel diametro anterior-posteriore.

Esplorazione della vagina. Collo dell'utero obliquo a sinistra, più largo che lungo, portato in alto ed in avanti a segno, da rendere difficile il cacciare il dito tra esso ed il pube, bocca chiusa, margine destro più lungo del sinistro; fornice posteriore molto alto, resistente e doloroso a destra, cedevole ed indolente a sinistra. Fegato e milza normali. Evacuazioni dolorose di materie siero-fecali, verdi, scarse; orine poche e sedimentose, normali del resto.

Ne' primi dieci giorni vi fu febbre non minore di 38° 20 e perfino di 40° 60 nelle ore notturne, con polso a 132 e respirazioni 32; rari furono i freddi frequenti i sudori mattutini profusi, parziali.

Cura. — Epitemi freddi ed unzioni con pomata mercuriale sul ventre; chinino bisolfato in polvere per uso interno.

Il 5 *Ottobre.* — Diametro massimo del tumore centimetri 15, minore 12 (era 14); senso dubbioso di fluttuazione nel suo interno. La sonda del Kiwisch non potè oltrepassare il collo dell'utero, che era sempre deviato e per di più ruotato sul proprio asse da destra a sinistra, la vagina calda, tumida, prolassata. Sospeso il chinino e dato il solfito di magnesia.

18 *Ottobre.* — Tumore impiccolito di centim. 6 nel diametro più corto, di 12 nel più lungo, cedevole, dolente nel centro, non pulsante; per due giorni iscuria e la siringazione difficile, dolorosa, inutile. In vagina, attraverso il parete anteriore, sentivasi un corpo tondeggiante che pure doleva, e l'utero meno deviato e mobile alla pressione sull'epigastrio. Sul ventre, lungo le coscie ed alla base anteriore del torace era apparso un eczema (mercuriale) fittissimo; nessun altro segno d'idrargirosi. Appetito abbastanza buono, digestione dello stomaco facile, alvo diarroico, notti tranquille, febbre da 38°-40°.

31 *Ottobre.* — Per la prima volta, di sera, la temperatura fu sotto i 38° (37° 80); invece del solfito di magnesia, escito inefficace, s'era da più dì ripreso a dare il bisolfato; alcuni sintomi prodromi di stomatite mercuriale (dolore alle gengive, sapore disgustoso, ptialismo) cedettero prontamente ad una soluzione di clorato di potassa; sul ventre venne applicato un vescicatorio.

Fino al 12 *Novembre* nessuna novità, una volta sola la temperatura di 39°, più di sovente sotto i 38°; frequenti i sudori notturni parziali, a tratti bruciore nell'orinare; la zona sotto-ombellicale appianata, la pressione dolorosa sopra il pube a sinistra; quasi più traccia del tumore; cataplasma di linseme e bisolfato di chinino. Il 13 codiluvio tepido, sospeso dappoi per accesso di freddo fortissimo di 5 ore, sopravvenuto nella giornata; bisolfato di chinina con elixir acido dell'Haller in un decotto di china. Il 14 apparve peso all'epigastrio, come al ricorrere delle passate mestruazioni, mai più comparse dal Settembre in qua ed in seguito; nuovo accesso di freddo; al peso sottentrati dolori puntori, leggeri, intermittenti, inacerbiti particolarmente dal giacere sul fianco sinistro. Nuovo vescicatorio sull'addome. Nella notte del 15 vomito di materie liquide non alimentari, con sintomi prodomi e successivi di gastricismo - sospeso il decotto di china. Da qualche tempo eransi notati i segni macroscopici del pus e del sangue nelle materie fecali, e prescritti perciò clisteri di solfato d'allumina sciolto nell'acqua distillata, e l'aggiunta di tannino al bisolfato. Seguì miglioramento; accessi di freddo più miti, temperatura più volte sotto i 38°, sonni meglio prolungati, feccie più aggregate, meno purulente e senza sangue, appetito più vivace.

30 *Novembre.* — Temp. 37° 20, Puls. 64, Resp. 34, nessuna defecazione, benessere - persistevano nullameno: peso all'epigastrio, pressione dolorosa alla fossa iliaca sinistra e presso il pube, ed un dolore puntorio sottocostale sinistro, apparso da qualche giorno con qualche colpo di tosse e sputo indifferente.

Il 10 *Dicembre* trovossi, senza un perchè, cambiato la scena; le feccie tornate liquide e sanguineo-purulente e le evacuazioni loro dolorose; ricomparsi i freddi e la febbre alta, i sudori; fattasi maggiore la pesantezza e più molesta la pressione all'imo-ventre. Cataplasma ammollitivo con buon successo; nessuno invece dal decotto di tormentilla con tannino e dai clisteri di zinco solfato sciolto in acqua distillata.

A questo punto la ragazza pensando forse che « molti cambiando ciel cambian fortuna » desiderò escire dallo spedale e tornarsene in seno alla famiglia. E noi trovammo di soddisfarla, tanto più che mutava l'aria insalubre di sale valetudinarie nella libera e più pura della collina. Le si prescrisse allora il nitrato d'argento in pillole, che avrebbe dovuto consumare lentamente a casa sua, ove giunse il 22 Dicembre. Postasi a dirittura in letto, vi giacque tre settimane, andando in seguito levandosi per qualche ora della gior-

Digitized by Google

nata. Ma corsi appena dieci giorni dovette riporvisi, perchè stando in piedi la pigliavano capogiri, doglie forti al ventre, freddo e febbre più vivace, che terminava coi soliti sudori parziali, profusi. Rifatta la prova due settimane dopo, riescì a stare in piedi da mane e sera. Ma forse volle più che non poteva, e così lo stato suo si aggravò nuovamente e chiesto allora di rientrare in Clinica, vi fu accolta di nuovo il 4 Marzo 1869. I patimenti suoi erano quelli di prima, e di più era grandemente smagrata, vomitava ed avea digestioni di stomaco penose, cardialgie fortissime, quand'anche appetisse ancora il cibo.

Esplorazione della vagina. Oltrepassatone di poco l'osculo si urtava nel collo dell'utero, rigido, immobile, colla bocca chiusa e strettissima; immediatamente dietro di esso si incontrava una sporgenza trasversa del parete vaginale posteriore, obliqua, cioè più avanzata a sinistra e grossa un centimetro, meno avanzata, più alta e più sottile a destra; sormontatala, si arrivava col dito sopra un falso piano, del quale non fu possibile misurare la estensione. All'esplorazione del retto si confermò questo reperto ed inoltre, usando lo speculum ani, si vide la mucosa di colore veramente scarlatto, d'apparenza granulosa fina, molto lucente fino allo splendore. Non fu però possibile di verificare due fatti importanti: la esistenza di una apertura di comunicazione fra il retto e la pelvi, e lo scolo di materie purulenti. Uopo è avvertire che la iperestesia di quelle parti non permise di prolungare molto, nè di ripetere l'inspezione. Ripreso l'uso del chinino e de' clisteri alluminati, questi, a lungo andare, strinsero il ventre in misura, che si dovette far bene di leggero infuso di senna per allentarlo, il che poi menò nuovamente nella diarrea, la quale in breve diventò un profluvio infrenabile, contro cui non giovarono che mediocremente le polveri di magistero di bismuto e tannino. Nè di maggiore effetto fu contro le cardialgie, fatte intollerabili, una mistura di tintura di noce vomica, acetato di morfina ed acqua di L. C., e la fregazione con olio cloroformizzato, ripetuta spesso sulla regione dello stomaco. La febbre era in media molto forte e bene spesso di 40° ed oltre, nè a moderarla valsero l'infuso di digitale, che s'alternava al chinino, nè i bagni generali a 23 e 24° R., ne' quali la paziente restava senza incommodo o disagio per 10 minuti, e con la febbre andavano crescendo la prostrazione generale ed una certa tendenza all'assopimento. Infrattanto il vomito rivenia con frequenza tale da parere incoercibile, laonde fu mestieri sospendere ogni rimedio e perfino un leggero decotto di colombo e provarsi ad impedirlo col ghiaccio ed una mistura laudanata per bocca, e con epitemi freddi sullo ipocondrio sinistro. Infrattanto nell'addome andavasi raccogliendo del liquido, cresceva la resistenza e tumidezza della fossa iliaca sinistra, le orine stentavano a colare, senza che la siringazione arrecasse sollievo, erano apparsi segni di dermatite ipostenica alla regione del sacro e delle natiche, si gonfiava l'arto inferiore sinistro dal piede fine all'inguine ed alle grandi labbra, poi il destro ed il freddo tornava quotidianamente e davvero in modo conquassante. Fu ridato il chinino e più ch'altro per soddisfazione, dell'inferma prescritto un blando diuretico (decotto d'ononide). Gli spasimi orribili cagionati dalla cute dell'arto sinistro enormemente distesa, liscia, splendente, quà e colà arrossata, mantenevano una veglia, che cessava appena per qualche ora mediante pillole di iosciamo e morfina, ed applicando su quelle parti cataplasmi, facendovi unzioni con pomata di belladonna iodata, soprapponendovi pezze tuffate in una soluzione di cloruro di calcio ed incidendo la pelle con lancetta. Contro i dolori all'ipogastrio che diveniano atroci ogni qualvolta occorreva defecare, nulla valeano i clisteri laudanati, ai quali erasi mescolata acqua del Pagliari, Pochi giorni innanzi la morte, la misura di tanti patimenti fu colma dallo insorgere di fierissime doglie al quadrante ventrale inferiore di destra, che non si mitigarono nè per laudano dato in serviziali, nè per cataplasmi, nè per unzioni narcotiche. Infine il 25 Maggio il polso fuggevole, la respirazione lenta, l'alterazione della fisionomia, l'insolita irritabilità, poi l'assopimento e l'apatia annunziavano la prossima morte, che avvenne il giorno successivo.

Necroscopia. — Dimagramento massimo, nessuna rigidità, cute e mucose pallide. Arti inferiori gonfi, il sinistro più del destro; d'attorno al ginocchio ed all'interno della coscia sinistra le vene sotto-cutanee molte grosse.

Addome un po' tumido, verdognolo, leggermente ipofonetico all'ipogastrio. Il grande omento disteso sui due terzi dei visceri da destra a sinistra, saldato debolmente alla parete addominale e fortissimamente coll'arco sinistro del Falloppio e coi visceri intrapelvici. Esso avea una grossezza media di due millimetri, era molto iperemico, particolarmente nei tratti rispondenti ai vani fra le anse intestinali, e coperto di sottile strato purulento. Nel resto le saldature del peritoneo parietale e viscerale erano parziali e fatte da membrane delicate, grigie e molto vascolose. Le anse de' tenui in generale lucenti, bagnate, pesanti e pastose, unite strettamente in un gruppo e tinte di rossigno-cenerognolo nelle porzioni scoperte e di color violetto o turchino in quelle a contatto, racchiudenti tra esse liquido verdigno, torbidissimo e fibrina di fresco rappresa in fiocchi e membrane di grossezza e volume vario. Per inflessione ed aderenze delle anse più basse coi visceri della pelvi, il diametro dell'intestino era ineguale. Mesenterio edematoso - colon normale. Una

Digitized by Google

specie di diafragma fibroso, che attaccato tutt'all'ingiro alla linea innominata, separava il piccolo bacino propriamente dall'addome ed estendevasi ancora a destra in basso sul psoas-iliaco ed all'intera fossa iliaca sinistra, non permettea che si distinguessero per niente i contorni dei visceri intrapelvici. Dal piano di esso diafragma, e propriamente dalla parte sua centrale, sporgeva un corpo tondeggiante, cedevole, elastico, circondato da pus e da anse intestinali, che a tutta prima sarebbesi preso per la vescica distesa da orina, ed era invece la porzione inferiore dell'esse iliaco, fortemente piegata sul retto e saldata colla parte anteriore di esso, la posteriore del fondo uterino e col peritoneo lateralmente. Lo interstizio risultante da questa unione di parti avrà avuta la capacità di 15-20 centimetri cubici e conteneva marcia. Le sue pareti non erano liscie, bensì frastagliate, di colore fra il grigio ed il turchino, distribuiti in chiazze, e posteriormente con un'apertura, attraverso la quale si penetrava direttamente nel retto. Il suo orlo dalla parte dell'intestino era liscio, ma da quella dell'interstizio frastagliato come il rimanente delle pareti. L'utero e la vescica confusi, non presentavano altra anomalia fuori dell'involucro loro peritoneale molto ingrossato ed opaco. Il legamento rotondo sinistro era visibile e distinto; del destro mancava ogni traccia, purchè non si avesse giudicato per tale un cordone fibroso che univa la parte destra del fondo uterino al peritoneo pelvico e rendeva così obliqua la collocazione del viscere. La situazione dell'ovaio destro era normale, ma l'organo ingrandito e tuberoso; si riconobbero benissimo il legamento largo e la tromba falloppiana corrispondenti, benchè la tromba stessa fosse ingrossata, tortuosa e curvata sull'asse attalchè giaceva col padiglione tra l'utero e la vescica. L'ovaio di sinistra mancava, ed in sua vece appariva un tumore, collocato quasi a livello del fondo dell'utero e voluminoso quanto una mediocre mela. Quel corpo era sferoide, chiuso da ogni banda, elastico e cedevole in massa, ma quasi cartilagineo nella porzione più prossima all'utero e conteneva in varie cavità separate, siero torbido. Fu poi vana ogni ricerca per trovare la tromba falloppiana ed il legamento largo sinistri.

Le pareti del retto erano per siffatta guisa ingrossate, che verso il fondo della fossa retto-uterina, il viscere avea aspetto e consistenza di cordone solido. Internamente, nella lunghezza di 10 centimetri a principiare dal foro dell'ano, si vedea la mucosa integra, di colore rosso-cupo interrotto da macchie più scure (echimosi), di mediocre rugosità, bagnata di pus, e non molto saldamente unita al tessuto sottoposto, che avea tinta grigio-giallastra e vasi dilatatissimi. Al di là l'intestino era saldato dalla parte anteriore col corpo dell'utero e concorreva alla formazione dell'interstizio suddescritto. Da questo punto e quasi esclusivamente nei due terzi posteriori della sua periferia, le pareti dell'intestino ingrossavano, diminuiva nella stessa misura la sua capacità. La grossezza loro fu trovata perfino di tre centimetri e vedeasi benissimo come fossero composte di tre strati, uno interno mucoso coi caratteri prenumerati uno mediano rosso-roseo quasi fibroso ed uno interno in parte solido, in parte tramutato in cavità contenenti siero torbido, cistiformi. La mucosa del terzo anteriore di questa sezione ristretta, che si estendeva fino al principio dell'esse iliaco, era staccata in membranelle lunghe qualche centimetro, ma assai meno larghe, sottili, livide, lacerabilissime, traforate a mo' di uno staccio irregolare e tutt'all'intorno continuate colla mucosa intermedia, ancora aderente alle parti sottostanti, che erano di tinta grigio-giallastra. Sull'una e sull'altra poi scorgeansi certi corpicciuoli rotondi, gialli, voluminosi tra la capocchia dello spillo comune ed il seme di canapa, che conteneano pus. Oltrepassato infine il limite superiore del retto, la mucosa per un buon tratto ancora della flessura sigmoide si presentava coperta di pus rossigno e seminata con media fittezza di granuli turchinicci, alcuni dei quali coperti da epitelio di riparazione.

La vena iliaca esterna dal punto di sua confluenza nell'iliaca comune e fino alla unione della femorale comune e safena maggiore, avea pareti assai grosse ed era otturata compiutamente da un coagulo, che risultava di strati concentrici, i più esterni rosso-cupi, rosso-chiari gl'interni che alla lacerazione offrirono una superficie granulosa.

La porzione più larga dell'intestino tenue era l'ileo (diametro quadruplice); le tonache tutte fortemente infiltrate di siero, la mucosa in istato di moderata ipersecrezione mucosa. Stomaco dilatato, sua mucosa pallida e coperta di muco; fegato, milza e reni normali.

Nel torace i polmoni ipostatici ed edematosi posteriormente, anemici ed asciutti anteriormente.

Storia 2.ª — M. A. ventiquatrenne, cameriera, era nata in Loiano bolognese. Il di lei padre, uomo robusto, periva a quarant'anni, ascitico; la madre viveva, ma cagionevole dopo la morte del marito. Una lunga infermità contrassegnata da dolori all'addome, metrorragia e diarrea incessante, le toglieva l'unica sorella ventenne. Sul settimo anno la M. fu soprappresa due volte da epistassi fino al deliquio. Fatte cessare queste colla polvere del sangue di drago, le bisognarono nullameno più giorni di riposo assoluto onde rimettersi in forza. Le epistassi rivennero anche in seguito, ma più moderate. A sedici anni mestruò e colse nel morbillo; sui diciasette soffrì

Digitized by Google

di tosse convulsiva forte, ad accessi, dalla quale fu libera in un mese. In appresso fece una caduta, nella quale diede del petto contro i gradini di una scala. Perduta sul fatto la conoscenza e tornata in sè dopo un'ora, lagnavasi che le dolea molto nel basso e nel mezzo del torace; il malore si sciolse in otto giorni. Non era scorso gran tempo da ciò, che la M. sforzandosi di abbracciare e trasportare da uno ad altro luogo un pesantissimo vaso, risentì fortissimo il dolore al petto, il quale in un triduo divenne acerbissimo, accompagnato da febbre, dispnea, tosse secca, cefalalgia, anoressia, nausea e vomito facile di alimenti. Guarì ma incompiutamente, perchè poi in occasione di movimenti o fatiche straordinarie era costretta soffermarsi od interrompere il lavoro per ripigliar fiato. Al ricorrere del periodo mestruale nell'Aprile 1862, fu assalita da doglie ai lombi, che s'irradiavano agl' inguini ed al pube e da febbre. Alcune mignatte all' epigastrio, le cui ferite fecero tumefare le glandule delle vicine anguinaglie e cicatrizzarono per suppurazione, sciolsero quello stato morboso; però da quel momento le mestruazioni si sregolarono, associandovisi non infrequentemente lesioni funzionali consimili alle prescritte.

Infatti, ricorrendo quelle del Dicembre, la M. dopo alcuni giorni di malessere e di piressia, sentissi d'un tratto invadere da dolore acutissimo di strappamento, dall' inguine giù per le coscie fino al ginocchio destro, che si mitigava il dì ed inacerbiva le notte e non permetteale che essa od altri la toccasse o movesse comunque l'arto, la cui apparenza era tuttavia normale. Codesto stato durò due settimane e non impedì menomamente al sangue menstruo di fluire copioso dai genitali. Nei mesi di Gennaio e Febbraio successivi riapparvero consimili sofferenze, ma più miti. Non così nel Febbraio 1865. Allora la malattia non cessò prima di un mese, aggravata dall'aggiunta di cefalea, battito alle tempie, fotofobia, nausee e vomito. Al singolo rinovellarsi di quella sindrome morbosa avea sempre veduto compiersi la mestruazione, ma non rammentava se altrettanto fosse avvenuto nelle recidive del Maggio successivo e del Novembre 1867. In questo mezzo contrasse il vaiuolo benigno, prima e dopo del quale, cioè fino al Luglio 1868, andò progressivamente smagrando e lagnandosi un giorno più e l'altro meno, di spossatezza, malessere, insonnia, inquietudine, sudori parziali alla fronte, cefalea, dispnea, freddo all' estremità ed algie fugaci in diverse parti del corpo. Di questi e dei predetti malori che ne erano stata la causa, incolpava l' essersi esposta senza riguardi al freddo-umido escendo da luoghi caldi ed affoltati e le soverchie fatiche domestiche.

Nel Luglio 1868 adunque, ripresa dalla sindrome morbosa più volte descritta, con l' aggiunta di grande meteorismo e flusso ventrale, in seguito non fu più senza febbre, ciocchè insieme alle nausee ed al vomito frequente dell'alimento, l'avea fatta smagrire a vista d'occhio. In Ottobre, dopo una evacuazione, insorsero dolori acerbissimi dall'ano ai genitali che durarono tre giorni con iscuria e stitichezza. Venti giorni prima di entrare in Clinica (1.° Dicembre 1869), venendo alimentata esclusivamente di latte, riapparvero le evacuazioni diarroiche (parecchie nelle 24 ore), precedute da borborigmi ed accompagnate da coliche e dolori fissi al sacro ed all' ileo destro, che inasprivano anche senza cagioni manifeste. Inoltre cominciò a tossire e sputare materie indifferenti, ed soffrire moltissimo per un senso di bruciore nella retrobocca, rafforzato dalla deglutizione, attalchè le sembrava d' avere incagliato nelle fauci un corpo estraneo. Il medico giudicando queste molestie effetto di tonsille un po' grosse, ordinò un gargarismo, al quale la M. attribuì certe vescichette comparse di poi sulla lingua e mucosa buccale, alcune delle quali ancora laceratesi, aveano lasciato scoperto il corion, altre persistevano integre. Nel Settembre avea mestruato l' ultima volta. I mezzi terapeutici impiegati fino allora riduceansi a pochi: opiati, carbonato di magnesia, chinino ed olio di merluzzo. Fa però mestieri notare che, in onta alla malferma salute, la M. secondata dalla famiglia, non seguì regola alcuna nell' alimentazione, e che chiesta e richiesta negò ogni gravidanza pregressa, di cui certe precedenze aveano fatto nascere giusto sospetto.

Alla prima visita (2 Dicembre 1868) si trovò che la donna era dimagrata quasi all' estremo, con pelle giallo-terrea, inelastica, faccia ippocratica, labbra pallide, crostose, screpolate. Sui loro angoli e sulla mucosa orale vedeansi sopra un fondo rosso certe placche bianco-lattee, che staccavansi a fatica (mughetto); la lingua era stretta, biancastra, fessa, rugosa. L' inspezione delle fauci non fu possibile. Al torace nulla di notevole, tranne forte ipofonesi e deficienza respiratoria superiormente a sinistra. L'addome di figura e conformazione normale, l' epigastrio pulsante per impulso dell' aorta, parecchie cicatrici da mignatte all' ipogastrio, glandule inguinali più voluminose del dovere. Al palpamento il ventre resisteva maggiormente sotto l'arco delle coste destre; sulla linea mediana e lateralmente a destra della stessa si eccitava dolore, che era poi vivissimo al pube ed alle regioni iliache. Alla percussione risultati inconcludenti. Non fu praticata l'esplorazione del retto e della vagina. La M. visse in Clinica altri sedici giorni, ed ecco in compendio come andarono in quel frattempo le cose. Temperatura media 38° 15, estrema 39° e 37° 40, oscillazioni tra mane e sera di 1° a 0° 20 ed innalzamento più frequente in quella che in questa. Cifra media delle pulsazioni 105, estrema 138 (agonia) e 90; media delle respirazioni 26, estrema 32 e 22, variabilità giornaliera di

Digitized by Google

questa da 2 a 10, del polso da 30 a 2 e l'aumento più facile nelle ore del mattino.

La febbre si riaccendeva per lo più di notte, preceduta quasi costantemente da freddo (brividi) al dorso, cui seguia caldo, ma non mai sudore o madore della pelle, sempre aridissima, ruvida ed ogni giorno più pallida. In poche notti la paziente avea potuto dormire qualche ora, chè sempre erano là a destarla i dolori al sacro ed alla parte anteriore del ventre, particolarmente sotto l'ombellico, la nausea incessante, il vomito frequentissimo (4-5 volte in 24 ore) e da ultimo incoercibile, di alimenti, di bevande, di rimedi; la viva sete che non potea estinguere, il bisogno frequente di vuotare l'alvo ed il supplizio di dover cacciare le poche materie (muco-sangnineo-purulente) con tormenti indicibili nell'interno del retto, tenesmo e bruciore ai contorni dell'ano, i romorosi borborigmi e le coliche che precedeano le evacuazioni, la tosse molesta con cui espettorava saliva sovente striata o punteggiata di sangue, il senso permanente di scottatura alle fauci e la disfagia cagionata dallo sviluppo di grosse placche mughettiane sulla loro mucosa, le quali infine resero impossibile il passaggio di qualunqne materia. E così finì di vivere affranta dai patimenti, esinanita dal lungo digiuno e dalle perdite, e consumata dalla febbre.

Neeroscopia. — Esterno del cadavere come nel primo caso, meno la gonfiezza degli arti inferiori. Nell'addome i visceri depressi, lo stomaco, causa la somma strettezza del torace in basso, verticale. Peritoneo di lucentezza mediocre e mediocremente iperemico. Omento, intestina tenui come nell'altra necroscopia, meno i segni di peritonite recente. Intestino colon ristretto ($\frac{1}{5}$ od $\frac{1}{6}$ del normale); il cieco molto voluminoso e saldato con forza, alla parete addominale. Glandule del mesenterio ingrossate, rossigne talune, tali altre tramutate in materia caseosa.

Organi della piccola pelvi uniti indissolubilmente con tessuto fibroso grosso e tenace, attalchè il retto si lacerò, nel tentativo di staccarlo dall' utero nel qual atto vi ebbe sgorgo di materie puriformi. La vescica era normale, l' utero lungo 4 centimetri appena. Delle sue labbra l'anteriore sporgente e bluastro, il posteriore più pallido e più corto, infossato semicircolarmente; la bocca trasversale, irregolare; nella mucosa del collo e del corpo e nelle pareti nulla da notare.

Nello interno del retto le vene emorroidali erano dilatate e piene di sangue, del resto la mucosa arrossata e coperta abbondantemente di muco. Al passaggio dell'esse iliaco nel retto si vedeva una grossa scibala annidata in una piega della mucosa e sottessa l'apertura di un canale, che dalla parte opposta sboccava in un ascesso extrarettale. Fra l' utero ed il retto, nello spessore del tessuto che li univa, si trovarono parecchie cavità (ascessi) a pareti irregolari, grigio-verdognole, frastagliate, quasi fracide, lacerabilissime, contenenti pus rossastro. Da una di esse cavità era probabilmente escita la marcia, che si credette a tutta prima fosse sgorgata dal retto, allorchè si tentò distaccarlo dall'utero. Ciaseuna cavità comunicava coll'intestino attraverso la di lui parete anteriore, per mezzo di canali, lunghi qualche centimetro e diretti quasi verticalmente fra le di lui pareti, che erano poco più grosse delle normali.

Mucosa gastro intestinale, fegato e milza come nell'altro cadavere, la cistifellea sporgente per 4 centimetri. Reni in via di degenerazione adiposa.

Torace. — Nell' apice del polmone sinistro una cicatrice con una concrezione calcare nel centro; i lobi del suddetto polmone saldati fra loro ed una porzione della base colla pleura costale. Il polmone destro totalmente unito alla pleura toracica; la parte posteriore di esso e la base del sinistro fragili e molto edematose. La mucosa della faringe e dell'epiglottide coperta di placche di materia bianco-lattea, facilmente distaccabili.

B — GIUDIZI.

I.

Benchè la peritonite così detta pelvica, nome usato a denotare la infiammazione di quel tessuto che unisce il peritoneo alle pareti ossee, aponeurotiche e carnose del piccolo bacino, sia tutt'altro che malattia rara, e con frequenza, non pari però a quella che vorrebbero altri osservatori, se ne trovino le traccie in cadaveri di femmine delle quali non era saputo che ne avessero sofferti palesemente in vita gli effetti; tuttavia io ne volli pubblicati i due surriferiti esempi, perchè non mi sono parsi indegni di attirarsi l'attenzione del pratico e del dottrinario.

L'epiteto *pelvica* che è dato a questa varietà di peritonite locale è venuto per certo da ciò che nella denominazione si ebbe riguardo massimo alle alterazioni trovate colle necroscopie. E veramente anche le presenti istorie, offrirebbero argomenti favorevoli per assicurare a questa forma morbosa una esistenza nosografica distinta, e mostrare la convenienza di quell' attributo. Imperocchè se nessuno dei visceri intrapelvici era escito illeso da cambiamenti di forma, di volume o di rapporti colle parti circonvicine, o da più di essi insieme, non potea egualmente dirsi che da questo o da quello fosse partita la iniziativa dei guasti e deformità anatomiche, molte e tutte gravi, in loro verificate. Essi, in fatto, o non presentarono internamente anomalie importanti, come fu dell' utero, della vagina, delle trombe falloppiane, della vescica e in parte delle ovaia in ambidue i casi; ovvero le anomalie e per se stesse, quindi pei caratteri loro, e per l'ordine cronologico nel quale

Digitized by Google

erano apparsi i sintomi di taluna fra esse, non lasciavano dubbio alcuno che fossero conseguite e non precedessero la evoluzione della peritonite. — La cisti moltiloculare, chiusa da ogni intorno, nella quale era stato trasformato l'ovaio sinistro nel primo caso, ed in questo poi e nel secondo, le soluzioni di continuità e comunicazioni abnormi fra il retto e lo interno, rispettivamente lo interstizio sotto-peritoneale del piccolo bacino, non ammettono altra genealogia. Consimile definitivo giudizio non è però senz'altro possibile sul carattere di formazioni successive che, data la origine esclusiva della peritonite dal tessuto sotto-peritoneale della pelvi, dovrebbero avere i cambiamenti rinvenuti e che rivengonsi pressochè sempre nei visceri addominali propriamente. A dimostrare la necessità di questo riserbo, io non mi varrò del fatto che in una delle due necroscopie furono osservati segni di peritonite recentissima (liquido purulento abbondevole sul diaframma pelvico e fra le anse dei tenui, masse di fibrina di fresco coagulata, delicate membrane unienti le lamine viscerale e parietale del peritoneo, edema acuto delle intestina), comechè sia certo, per la separazione compiuta della pelvi dal rimanente dell'addome non potesse, nè dovesse essere venuta di là. Ma io instarò invece sulla significazione di un altro fatto, la data palesemente più remota delle saldature interviscerali, dell'ingrossamento dell'epiploon, delle metamorfosi nelle glandule meseraiche e via dicendo. E davvero che lo spessore dell'omento quattro volte maggiore dell'ordinario, le saldature di esso nell'un caso parziali coll'arco sinistro del falloppio, coi visceri intrapelvici e colla regione ombellicale, nell'altro generali e tutte così forti, da non cedere che al taglio; la unione parimenti indissolubile colle parti vicine dell'intestino cieco nel primo e del fegato in ambidue i casi, la degenerazione in fine caseosa delle glandule mesenteriche, non potevano non essere di formazione, se non anteriore, indubbiamente contemporanea a quella delle saldature fibrose e degli ingrossamenti dei visceri nel piccolo bacino. Così ragionando meriterebbe quindi si conchiudesse, che nei casi predescritti la peritonite non traesse esclusivamente origine del solo peritoneo che copre lo interno della pelvi catexochen ed involge per la massima parte i visceri ivi contenuti, ma che si fosse sviluppata da una superficie ben più estesa, attalchè l'epiteto di pelvica non le sarebbe propriamente applicato a dovere. Che se per far valere la opinione opposta, taluno mi facesse ripensare alle deformità più notevoli in essa pelvi che altrove, inferendone quindi l'anteriorità della formazione, io risponderei che cotali differenze di grado non mi farebbero rigettare la conclusione, che allorquando mi venisse dimostrato inerire desse assolutamente al processo, od essere mancate circostanze estrinseche che ne avessero potuto favorire la maggiore importanza. Consimile tesi trova pertanto e tosto opposizione validissima in ciò, che i rapporti naturali di quelle parti costituiscono già un precedente, pel quale un prodotto morboso ab origine fluido, o quella parte di esso che tale rimane anche in seguito, deve scolare necessariamente e raccogliersi nel piccolo bacino. Ne' versamenti sierosi e nelle piogenie moderate, ove troviamo noi lo siero od il pus, se non è nella pelvi o nella parte inferiore del ventre, e ciò non ostante che la iperemia o la congestione, ed i fiocchi di fibrina e le membranelle ed i filamenti neoprodotti attestino la origine estesa della peritonite? E chi può inoltre calcolare l'effetto che l'azione meccanica o forse anche chimica di quei materiali inadequati, può avere sul grado delle alterazioni intrapelviche successive? E misurare poi di quanto questo effetto si possa accrescere, se eventualmente la materia essudata in gran quantità e rappresa in masse voluminose, graviti sui grossi canali venosi pei quali trascorre il sangue rifluente dai visceri e dal peritoneo della piccola pelvi? Certo io non intendo con queste considerazioni di opportunità, infirmare il valore generico della dottrina che ammette potersi sviluppare la peritonite parzialmente nella pelvi. Mia sola intenzione è di dimostrare, che le alterazioni da essa prodotte e verificabili colle necroscopie non potrebbero esserne argomento irrefragabile, che quando od esistessero da sè, ciò che io ho veduto tre o quattro volte soltanto in centinaia di cadaveri ed in femmine che di peritonite aveano sofferto in altro tempo ed erano morte per altra malattia, o veramente quando non vi fosse proporzione tra il loro grado e quello delle rimanenti nell'addome. E sono anzi convinto che in onta a ciò molte delle così dette peritoniti pelviche non figurerebbero da tali nelle nosografie, se la occasione favorevole e la diligenza nell'osservare i fatti, troppo spesso non venissero meno ai pratici. Mettiamo, per ipotesi, che io non avessi vista la malata del primo caso che nello stato descritto alla seconda sua entrata in clinica. Non parlo delle conclusioni erronee a cui avrebbermi menato le ricerche anamnestiche, benchè sussidiate dall'esame più dettagliato del ventre. La diagnosi di pelvi-peritonite sarebbe risultata di tanto più evidente, in quanto dal retto e dalla vagina sentivasi la forma e la consistenza di quelle parti alterate straordinariamente dai prodotti dell'infiammazione, mentre nulla o quasi nulla d'abnorme appariva dal ventre.

Ma io ebbi dirò così la fortuna di vederla e di non trascurare nessun modo di osservazione, in un momento decisivo per la storia evolutiva di quei fatti.

Il voluminoso tumore che allora esisteva nell'addome, e la quasi compiuta negazione di ab-

Digitized by Google

normità alle esplorazioni ripetute della vagina e del retto, altro non significava, se non che la peritonite dapprincipio non era stata esclusiva, od almeno assai più forte nel tessuto sotto-peritoneale pelvico; laonde io venni a dirittura alla diagnosi di peritonite diffusa con essudato di prevalenza fibrinoso, quand'anche non potessi negare la predisponenza causale non piccola dello stato pregresso dei genitali (mestruazione), e la possibile anzi probabile raccolta nel piccolo bacino di essudato fluido, di quello almeno che provenire doveva dalla iperemia collaterale del peritoneo, non compresso dalla parte solidificata dell'essudato medesimo. Per sì fatte precedenze, al secondo ingresso in Clinica, il reperto obbiettivo tanto favorevole alla diagnosi di pelvi-peritonite, si volgeva in argomento ad essa contrario. L'ordine cronologico degli avvenimenti rendea chiaro fino all'evidenza, che le alterazioni trovate nella pelvi erano procedute dall'alto e progredite discendendo, nè i risultati della necroscopia invalidarono la conclusione. E si ponga poi mente a ciò, che io qui porto in campo i soli argomenti anatomici, e che se il lettore volesse rileggere ambedue le storie, finirebbe di convincersi, che la peritonite dovea essersi sviluppata in altezze superiori a quella della pelvi e che a questa erasi propagata in seguito. Ambedue le malate dicevano di dolori gravissimi insorti primamente nelle regioni inguinali ed all'epigastrio con febbre, vomito e via là, e la prima in particolare più intelligente e di migliore memoria, rese conto ben anco del modo, col quale il ventre le si era andato successivamente ingrossando nella zona sotto-ombellicale.

Da codesta convinzione al dubbio che l'attributo di pelvica dato al maggior novero delle peritoniti femminili, non simboleggiasse che una parte del processo fisio-patologico, e propriamente quella che non dovrebbe considerarsi come punto di sua partenza, il passo era breve, laonde io mossi in cerca di fatti che mi certificassero il vero stato delle cose, e ne trovai a dovizia nella mia stessa pratica. Per la quale io porterò da quind'innanzi opinione, che la peritonite pelvica non puerperale o non seguente alterazioni materiali de'visceri intrapelvici, debba aversi per flogosi primitiva rarissima, e che perciò o sia parte integrale o la conseguenza di una flogosi al peritoneo addominale. Quantunque volte io, esplorando la vagina ed il retto ho sentite codeste parti cambiate di forma e consistenza per causa di avvenuta essudazione intrapelvica, altrettante posso dire, non solo non essere mancata la essudazione extrapelvica, ma eziandio averla verificata in sifatta proporzione da far palese la dipendenza od il rapporto di successione fra quei cambiamenti e le alterazioni addominali propriamente dette. Se l'essudato soprapelvico era, ad esempio, limitato all'una od all'altra delle regioni iliache, la pratica dei suddetti canali risultava generalmente negativa, o tutt'al più conduceva a scoprir qualche deviazione nell'asse dell'utero (obliquità, inclinazioni, anti-e retroversioni), o la diminuzione della sua mobilità, od infine in qualche rarissimo caso, indizi vaghi di peritonite intrapelvica. I quali indizi, anzi i veri segni, non appaiono in massima che allo estendersi dell'essudato addominale all'ipogastrio ed alla intera zona sotto-ombellicale. Ma poi anche in simili congiunture, come accennai testè, le alterazioni nel piccolo bacino non sono mai da tanto, che inducano a supporre che certamente di là, senza presenza di causa eccitatrice locale, movesse la peritonite e si propagasse poscia ascendendo al peritoneo addominale. Perchè in realtà gli sformamenti sono parziali, epperciò ora è la parte posteriore del fornice della vagina ch'è gonfia, elastica non dolorosa, mentre i due quadranti inferiori del ventre sono irrigiditi dall'essudato entropelvico; ora è la porzione sua sinistra o l'anteriore che è spinta in basso e per conseguenza appianata o convessa, da un prodotto morboso che nell'addome si sente esteso a tutto l'ileo ed all'ipogastrio; ora è infine la parte destra, che attraverso la sua grossezza lascia difficilmente toccare un corpo solido, quantunque altro corpo voluminosissimo occupi tutto il tratto ileo-ipogastrico e si spinga ben oltre la linea mediana. E parimenti dal retto, o non si avvertono cambiamenti, o veramente sono dessi parziali e soventi fiate senza contemporanee mutazioni in vagina. Le sopraddette ragioni menano dunque a conchiudere che le alterazioni gravissime che qualche volta attrovansi nella pelvi, non possono riferirsi ad una peritonite pelvica propriamente detta, se non quando nè fu evidentemente causa un precedente stato morboso dei genitali interni, del retto o della vescica. Imperocchè nelle stesse peritoniti, da me dianzi classificate fra quelle i cui precedenti dovrebbero trarre meglio alla infiammazione del tessuto sotto-peritoneale pelvico, la cosa non è liscia al modo che si parrebbe a prima giunta. Osservazioni fatte direttamente allo scopo di mettere in sodo consimile rapporto, mi hanno convinto che il voler limitare lo sviluppo della peritonite al connettivo della pelvi equivarrebbe al violentare i fatti, che parlano contro tale esegesi. Nelle peritoniti puerperali, il cui prodotto di essudazione si coagula in masse solide, e perciò più convengono a questa specie di studii, io ho trovato altrettanto frequente il caso della presenza loro fuori ed entro il bacino e della totale mancanza in questo; avvengachè si sentissero voluminosissime sopra la pelvi, e giammai mi è avvenuto di verificare l'opposto, cioè la nessuna traccia di esso nel ventre e la simultanea presenza distinta nel baci-

Digitized by Google

no. Una sola volta parvemi che a queste regole si volesse fare eccezione. La malata, una puerpera sui trentotto, colta nel secondo giorno di puerperio da freddo intenso, durante il quale principiò a sentire dolore puntorio forte nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, che durò 24 ore e poi cessò, entrava in Clinica la sera del 28 Novembre 1865. Avea febbre di 40° C., polso a 112, regolare, respirazioni 32, uguali; faccia accesa, particolarmente alle gote, occhi splendenti, sudore alla fronte, labbra asciutte, lingua larga, umida, rosea, sete moderata; addome gonfio uniformemente, più però lungo la linea ombellico-pubica, cedevole dappertutto, eccetto la regione sottombellicale e vieppiù al quadrante inferiore sinistro. Quivi il palpeggiamento ridestava il dolore predescritto, che si diffondea eziandio alla parte interna e fino al ginocchio della coscia corrispondente ed era causa per cui non solo l'arto, del resto normale, ma anche il tronco fosse tenuto immobile e l'inferma respirasse con precauzione e non molto profondamente. Percossa la regione dolente e forse ne fu causa il molto riguardo nel far questo, apparve ipofonetica in confronto delle altre. La materia lochiale, bianco-giallognola, colava scarsamente; il ventre era chiuso da due giorni. All'esplorazione si trovò la vagina calda molto, tumefatta, soffice, piana e dolente alla parte sinistra verso il fornice, però solamente a forte pressione; l'utero leggermente anteverso ed a bocca aperta con labbra tumide, frastagliate; il retto pieno di feccie e dolorosissimo, quando si spingea il dito bene in alto e proprio dalla stessa parte sinistra che in vagina. Naturalmente non avendo io allora sentito ineguaglianze o tumori dall'esterno, ed eccitato invece con li maneggi interni dolore in un punto il quale, stante la propagazione di quello all'interno della coscia fino ai ginocchio, dovea esser sul decorso del nervo otturatorio, io venni a diagnosi di peritonite intra-pelvica, non ostante la mancanza di segni suoi positivi. Epitemi freddi applicati sull'addome, bastarono per arrecare prontissimo e grandissimo sollievo al dolore e due giorni dopo la febbre era a + 37°, il polso a 74, il respiro a 20. Ma nel pomeriggio del 2 Dicembre, previi leggeri brividi di un'ora, la piressia si rifece e toccò sulla sera + 39° 70; ricomparve il dolore trafittorio al solito luogo irradiato egualmente alla coscia ed al ginocchio, molto più forte di prima e senza che la malata, o noi ne sapessimo indovinare il perchè. La mattina seguente il calore era + 40°, il polso 108, la respirazione 28, ed intollerabile la pressione su tutta la metà sinistra dell'addome. Alla sera stessa però, dopo la ininterrotta applicazione del freddo, essendo la febbre diminuita di un grado, cessato il dolore alla coscia e mitigato molto al ventre, si poterono esaminare meglio le parti e sentire esternamente del quadrante inferiore sinistro, un corpo sodo, voluminoso quanto un pugno, doloroso alla pressione e sotto i movimenti della persona. Esso si estendeva per otto centimetri nella direzione della linea ombellico-pubica, a principiare dall'arco del Falloppio, e per dodici in traverso dalla cresta e spina dell'ileo fino a sei centimetri a sinistra della suddetta linea; avea superficie non uniforme nè troppo liscia, nè margini distinti dalle parti ambienti; la mano non potea spostarlo e durante la inspirazione pareva allontanarsi dalle pareti addominali. Cessata poi da due giorni la febbre, l'8 Dicembre venia constatata una diminuzione del suo volume e della addolorabilità, ed il 22 la scomparsa di ogni sua traccia palpabile. Infrattanto, rispetto allo stato degli organi genitali, al mitto ed alla defecazione non era stata notata anomalia, tranne lo scolo di materia bianco-rossiccia dalla vagina. Merita infine che si ricordi essersi compiuta la guarigione col solo intervento degli epitemi freddi e la iniezione di qualche serviziale purgante.

Le particolarità di questo caso mostrano all'evidenza, che nelle stesse peritoniti puerperali, il cui sviluppo si vorrebbe sequela dello stato dell'utero e fors'anco delle trombe falloppiane, il processo tende a generalizzarsi o si estende in una via che non sarebbe quella direi quasi più naturale del connettivo nel piccolo bacino. E davvero la lesione funzionale con cui manifestavasi il processo nel suo esordire, cioè il dolore esteso dall'altezza del nervo otturatorio (un dito traverso sotto la linea innominata) entro la pelvi minore ed alla intera fossa iliaca sinistra, indica precisamente la via corsa dalla peritonite, dal connettivo frapposto alle lamine peritoneali dei legamenti larghi, a quello che unisce il peritoneo alle masse muscolari giacenti nella suddetta fossa iliaca. Ed anzi, ripensando bene al modo col quale il peritoneo intra-pelvico è saldato alle parti sottostanti non si comprende come possa andare altramente, dovendo la propagazione della flogosi effettuarsi con molto maggiore facilità escendo, che non approfondandosi nel bacino. Io non ho però in animo di negare ogni possibile diffusione della peritonite in direzione opposta, e supporre che le masse solide che soventi fiate si sentono attraverso il retto e la vagina, siano esclusivamente prodotte dal colarvi in quelle regioni più basse, la parte più fluida dell'essudato, che poscia coagula. In una peritonite che si sviluppa tumultuariamente, cosa che accade non solo durante un puerperio morboso, ma altresì in condizioni presuntivamente normali dell'apparecchio generativo, anzichè impossibile, è probabile che il processo batta pure la via delle parti inferiori dei legamenti larghi, ed arrivi al connettivo della fossa retro-uterina o retto-vescicale e di ambedue. Ma ciò io ho risoluto costituire la eccezione e non

Digitized by Google

la regola. E così dev'essere per fermo, se no tra pratica e teorica mancherebbe l'accordo che è precipuo fondamento di ogni ragionevole patogenia e delle conseguenti azioni terapeutiche. Perchè seguendo la guida di un concetto puramente anatomico intorno la così detta pelvi-peritonite, il pratico non solamente converebbe che accettasse un modo di sviluppo che ripugna ai fatti clinici, ma non potrebbe escire dal seguente dilemma: o di essere inconseguente seguitando a dirigere, come ha fatto finora e con ottimo successo, la sua azione sopra punti dai quali, secondo quel concetto, non potrebbe aggredire il processo nella sua base di operazione, applicando cioè sanguisughe, epitemi freddi o caldi e pomate risolventi, sulle pareti addominali, là dove meglio si sentono le masse essudate; o di rendere omaggio alla logica e rinunziare a'canoni terapeutici, che hanno dalla loro una esperienza illuminata e rafforzata da secoli, per prendere invece di mira le comunicazioni naturali delle vene sotto-cutanee anali e perineali coll'ipogastrica per le inferiori del retto, da cui gli sarebbe più facile il sottrarre alla flogosi il suo fattore principe, il sangue, o far penetrare in esso elementi disaggregatori, come il mercurio, sia per frizioni al perineo, sia per la via del retto, previo che non esistesse diarrea o l'intestino fosse vuotato dalle feccie solide che eventualmente contenesse.

Ma la scelta non è difficile, perchè non sono soli il rispetto alla tradizione, la fede nella propria esperienza e la conoscenza esatta dello stato anatomico dal principio alla fine della malattia, che lo incoraggiano alla perseveranza; altre ragioni vi hanno di non minor valore, e sono, che i successi felici delle sue cure si fondano sui rapporti naturali topografici delle parti, e che i disordini funzionali contrassegnanti l'esordio della malattia, non accennano per niente la origine esclusivamente pelvica del processo.

A proposito del primo, ecco quanto si trova stampato nella più recente opera di anatomia umana quella di Luschka, volume 2.°, sezione 1.ª, a pag. 129. — « Molti rami della vena epigastrica » escono attraverso fessure della parete anteriore » e posteriore della vagina retto-addominale, per » anastomizzarsi quivi colle reti venose del pe» ritoneo, ivi coi plessi venosi succutanei. Da » questa disposizione si comprende facilmente, » perchè e con quale vantaggio possa nella pe» ritonite sottrarsi sangue dalle pareti addomi» nali. » E più sotto, sull'argomento delle vene succutanee addominali: « Oltre una vena, che ora » semplice ed ora doppia, segue il corso dell'ar» teria omonima, e sbocca con un tronco solo » nella estremità superiore della grande vena sa» fena, frequentemente però prima di farlo, si » anastomizza, mediante un ramo che ascende, » con una vena che dal mezzo della regione ipo» gastrica si approssima alla vena dorsale del » pene e della clitoride, ivi esiste un *plesso ve*» *noso sotto-cutaneo* a larghe maglie, che co» munica in parte coi plessi superficiali del to» race, in parte sta in connessione molteplice » con altrettali del bacino, di guisa che per esso » si può sottrarre sangue in varie direzioni. »

Rispetto poi al secondo motivo, la qualità dei disordini funzionali che segnano l'esordire della malattia, è notevole che sì nel caso ultimo, come in quelli narrati al principio di questo scritto ed in altri moltissimi di peritonite non puerperale da me osservati e studiati, il dolore che per costanza può annoverarsi fra i sintomi loro il più caratteristico, le pazienti non dissero mai d'averlo sentito fino a primo primis in rapporto stretto col bacino, bensì diffuso a tutto il ventre, ai lombi ed a molte regioni della zona ombellicale ad un tempo, con propagazione o no lunghesso la parte anteriore delle coscie. Nullameno posso asserire per quanto concerne il mitto e la defecazione, poichè sia qualsivoglia il disordine di coteste funzioni, la sua frequenza non va di pari passo con quella della essudazione pelvica; anzi, avuto riguardo alle storie narrate che sono veri paradigmi di consimile nosomorfia, e particolarmente al grado delle alterazioni, alle deformità che produssero ed al tempo in cui sono apparsi i disordini nel mingere e defecare, non si può non conchiudere che la direzione del processo flogistico dev'essere in massima inversa a quella che è comunemente ammessa, vale a dire dall'addome alla pelvi e non dalla pelvi all'addome, o tutt'al più verso l'uno e l'altra ad un tempo, ma sempre con forza maggiore verso questo che non verso quella.

II.

Tra le alterazioni verificate nei visceri pelvico-addominali delle due ragazze, ve ne ha una che richiama l'attenzione nostra particolarmente, cioè la comunicazione dello intestino retto colla cavità, rispettivamente col tessuto sotto-peritoneale del piccolo bacino. Stando a quanto hanno fin qui scritto gli studiosi di cotesta materia, la comunicazione non dovrebbe essere in genere un avvenimento molto frequente, e meno poi di tutto nelle peritoniti così dette pelviche, che non hanno la ragione loro nello stato puerperale dell'utero e delle sue dipendenze. Così Tilt nella *Lancet* II., 6, 9, 11 Aug. Sept., 1859, fa osservare, che soltanto nelle peritoniti puerperali suppurative, l'ascesso si fa strada verso la vagina ed il retto, ed Albers di Bonn, in un articolo della *Deutsche Klinik*, 30, 1862. Ueber umschrieb. Bauchfentz. bei jungen Leuten (cioè sulle peritoniti non puerperali), non ne parla, e non fa menzione che del per-

Digitized by Google

foramento delle pareti addominali e del vuotamento dello ascesso allo esterno. Un anno dopo Alfredo H. M' Clintock nelle sue Clinical Memoires on deseases of Women, (Dublino 1863), discorrendo la *cellulite pelvica puerperale*, racconta che sopra 70 osservazioni, trentasette volte vide la peritonite produrre suppurazione, e l'apertura, vuoi spontanea, vuoi artificiale dell'ascesso, effettuarsi in diversi punti, coll'ordine di frequenza seguente:

attraverso le pareti addominali
20 volte nelle regioni iliache
2 » al di sopra della regione pubica
1 » nella regione dell'inguine vicino all'arco crurale
6 » attraverso la vagina
3 » » il retto
2 » » le pareti della vescica.

Ma rispetto alle peritoniti non puerperali, non dice neppure se gli sia mai avvenuto di osservare una perforazione in genere, benchè narri dettagliatamente qualche caso di focolai marciosi trovati nel cavo del piccolo bacino, fra le duplicature del peritoneo.

Parimenti l'Oppolzer comunicando i risultati delle sue osservazioni sulla patologia e terapeutica nella inflammazione del tessuto connettivo sottoperitoneale (Wien. med. Wochnschft. XIII., 6-7, 1863, XIV., 1-2, 1864) fa notare solamente, che quando la flogosi si sviluppa nel bacino ha per lo più termine colla suppurazione e col vuotamento dell'ascesso nel cavo addominale. E quasi contemporaneamente l'Hervieux, scrivendo il trattamento delle peritoniti parziali nelle puerpere (Bull. de Thér. LXLI., p. 349, Avril 30, 1864), conclude che certe peritoniti non estese e particolarmente quelle del bacino formano un ascesso, il quale si apre o viene aperto dalla parte delle pareti addominali.

Confrontando ora queste e le risultanze delle mie osservazioni, mi troverei condotto ad una discrepanza, non essendomi ancora avvenuto di veder suppurare una peritonite puerperale, ed avendo invece in 22 casi di peritoniti semplici, reumatiche, traumatiche o consecutive ad alterazioni preesistenti negli organi genitali, veduto due volte lo scolo spontaneo di pus dal foro anale, ed una dalla incisione di un ascesso giunto fin sotto la cute dell'addome.

A discrepanza sifatta non parmi però dover dare peso maggiore di una accidentale combinazione pratica, essendo io convinto che la peritonite non mena più facilmente a suppurazione perciocchè è di origine puerperale o no, oppure a parità etiologica, meglio quando la essudazione è abbondante che quando non lo è. Volume vario dell'essudato e necessità o no di suppurazione non sono per niente idee correlative, potendo quello essere straordinario e risolversi completamente, questa formarsi anche se quello è in proporzioni minime.

A dimostrare codesta tesi, fra tanti che potrei scegliere, citerò solamente il caso narrato nell'Ebdomadario Clinico del 1862, N. 17 e 18. In quella peritonite da trauma la quantità del prodotto fu tale, quale non vidi mai nè prima, nè dopo, perchè occupava quasi tutta la metà destra dell'addome, dall'altezza della 6.ª costa fino a due dita circa dall'arco crurale, e dalla linea ascellare ad uno e tre centimetri oltre la linea mediana, con spessore approssimativo di un decimetro. Ed allora come adesso, pronosticava che « conveniva pronunziarsi riserbatamente sul modo » più probabile con cui sarebbe terminata la malat- » tia. Essendo la peritonite sempre in corso, do- » veasi temere che col diffondersi o col produrre la » suppurazione, il processo prendesse una piega » non troppo felice..... « che tutto però autorizzava » a ritenere l'essudato di natura fibrinosa e che » tali essudati, se cause speciali non inaspriscono » l'inflammazione, spontaneamente o coi soccorsi » dell'arte, senza ulteriore propagazione della pe- » ritonite e senza che qua o là la violenza del » processo produca la suppurazione, possono spa- » rire completamente. » E la predizione si avverò appieno, giacchè con tutto l'accrescersi ulteriore dell'essudato e la apparizione di segni locali e generali che parevano manifestare la formazione di un ascesso, pur tuttavolta non si ebbe vuotamento di marcie per nessuna via. E due mesi dopo, l'una metà dell'addome non si distingueva dall'altra; e venuto il malato, causa il suo carattere bestiale, a perire di inanizione, non si trovarono alla necroscopia che meschini residui di quella grande massa in una membrana abbastanza larga e lunga e tenace, che saldava il peritoneo parietale all'altro della parte anteriore del colon ascendente e degli organi più prossimi; e punto traccie di pregressa suppurazione.

Rispetto poi alle qualità fisiopatologiche intrinseche del processo, idest alla possibilità che diversificando esse nelle peritoniti puerperali e non puerperali, possa perciò avere maggiore, minore o nessuna tendenza alla piogenia, i fatti mi traggono nullameno a conchiudere negativamente. E prima di tutto, delle stesse peritoniti puerperali, quelle che danno essudazione fibrinosa e producono gli ascessi, sono eziandio quelle in cui l'esame delle parti verifica più di sovente, per non dir sempre, alterazioni puramente meccaniche dei visceri genitali e dell'utero in particolare, alla cui involuzione bene spesso quelle morbosità non oppongono ostacolo di sorta. A vece, in altra qualsivoglia forma di puerperio morboso e per qualunque modo si effettui, la essudazione intra-peritoneale e di massima siero-sanguinolenta, rare volte di pus; l'utero, la vagina o le grosse vene, più o meno, ma costantemente, sono la sede

Digitized by Google

di considerevoli alterazioni e la malattia a lunga pezza cagione più frequente di morte. Nelle peritoniti poi che non si svolgono nel corso del puerperio, anzi in quelle pure dei maschi le quali cogli organi generativi non hanno relazione affatto, io ho visto la suppurazione produrre ciò che si potrebbe nominare francamente un *idrope purulento* Di consimili fatti, davvero sorprendenti, uno ne ho già publicato nel fascicolo del Marzo 1866 di questa Rivista, visto in una ragazza sedicenne, nel cui ventre, oltre una strabovocchevole quantità di pus, si contenea un grumo di sangue voluminoso quanto un uovo di piccione, chiuso in un follicolo graafiano ingrandito dell'ovaia destra, ed un altro è il seguente:

Un fanciullo di 12 anni, garzone di barbiere e figlio di madre morta da tisi tubercolare, veniva trasportato alla Clinica il 6 Ottobre 1866. La malattia avea cominciato parecchi giorni innanzi con dolori puntori al ventre, particolarmente al quadrante inferiore sinistro, con tumidezza, tensione ed intolleranza al benchè menomo toccamento, contro cui non ebbero effetto nè cataplasmi di linseme, nè olio di ricino, che avea prodotte tre evacuazioni. A suo dire era sopravenuta la febbre, senza precedenza di freddo, solamente nel 2 Ottobre, cioè sette giorni dopo, avendo fin allora passate notti insonni, tormentato dalla sete, orinando poco e senza appetito.

Mattina del 5; Puls. 112, Resp. 45, Temp. 37° C.; addome tumefatto con macchie rosse, irregolarmente sparse sulla sua parte anteriore, stomaco dilatato, colon trasverso ristretto. Applicazione sul ventre di pannolini inumiditi di acqua diaccia.

Sera. Temp. 37° 60, Puls. 102, Resp. 42, lo stesso stato.

Mattina del 6. Nella notte furono dovuti levare e riapplicare gli epitemi secondo che desiderava il piccolo infermo. Temp. 39° 60, Puls. 140, Resp. 48; addolorabilità e tumefazione del ventre aumentate, dolore più vivo sul fianco sinistro, molta sonorità eccetto al quadrante inferiore di questo lato; scomparse le macchie notate il giorno innanzi; faccia pallida, occhio languido, labbra screpolate, lingua rossa, arida con patina grigia, sete fortissima; vomito di 600 c. c. di masse acquose, verde-cupo; orine 700 c. c., sedimentose; evacuazione di 600 c. c. di materie fecali liquide, verdi, senza sedimento, fetide; agitazione smaniosa. Applicazione di 10 sanguisughe alla parte più dolente seguita da immediato sollievo e calma.

Sera. Temp, 38° 50, Puls. 146 piccole, Resp. 52. Nella giornata nuovo vomito (800 c. c.), faccia pallida e fredda, leggera fotofobia. Ore 12 di notte. Temp. 38°, Puls. 124, Resp. 54, sonno tranquillo.

Mattina del 7. Temp. 38° 20, Puls. 132 più espanso, Resp. 38. Resto della notte passato bene; tendenza all'assopimento. A sinistra della faccia, sugli arti superiori ed inferiori, in serie decrescente, macchie livide estese quanto una capocchia di spillo, scomparenti per pressione; guancie calde, leggermente arrossate, labbra e lingua coriacee, screpolate, alito disgustoso. Addome meno tumido e meno teso, dolente alla pressione; le ferite delle sanguisughe circondate di areole turchine; sonorità timpanica generale dall'alto al basso, dagli archi crurali fino a tre dita dal pube. Calomelano ed oppio per uso interno. Sera Temp. 37° 50, puls. 130, resp. 32. Nella giornata vomito di materie liquide giallo-verdastre (100 c. c.), deiezione alvina liquida, giallastra (300 c. c.); borbottamento nel sonno, guancie fresche, fronte calda.

Mattina dell'8. Temp. 39°, Puls. 142, Resp. 40. — Notte buonissima; sonno non interrotto dal frequente cambiare dei pannolini; più tollerabile in generale la pressione, resistenza maggiore a sinistra inferiormente; vene sotto-cutanee dilatate, borborigmi. Cute arida; faccia abbattuta, giallicia, fronte calda, occhi infossati, macchie più pallide, scomparse agli arti; il solito vomito. Epitemi freddi ed infuso di teste di papavero per clistere.

Sera. Temp. 37, Puls. 128, Resp. 48. Giacitura supina, tranquillità.

Mattina del 9. Temp. 37°, 50, Puls. 114, Resp. 26, sonno continuo. Clistere come ieri. — Sera. Temp. 37° 50, Puls. 132, Resp. 40. Nella giornata vomito (300 c. c.) dopo preso un gelato; giacitura supina, faccia pallida, cute arida.

Mattina del 10. Temp. 37°, 50, Puls. 140, Resp. 36 Vomito (600 c. c.); ventre leggermente diminuito, dolente sempre; labbra meno aride; evacuazione alvina, orine c. c. 400, molto colorate, acide, peso specifico 1,028, con solfati abbondanti, fosfati alcalini e terrosi normali, cloro scarso, non albume, non zucchero, non muco. Epitemi freddi.

Sera. Temp. 37°, 50, Puls. 130, Resp. 34. Giornata inquieta, molta addolorabilità. Vomito. Regione parotidea sinistra tumefatta, dolorosa al toccamento e nei movimenti del corpo. Clistere laudanizzato, e cataplasmi di linseme sulla metà sinistra della faccia.

Mattina dell' 11. Temp. 37° 50, Puls. 132, Resp. 24. Addome quasi indolente; fisionomia molto abbattuta ipoestesia della congiuntiva palpebrale ed oculare, cornea appannata; pupille immobili, facoltà intellettuali pronte; maggiore il dolore e la tumefazione alla regione parotidea, cute gialloterrea. Infuso d'arnica (6 grammi in 120 c. c.) con elixir acido dell' Haller goccie dodici, e sciroppo di gomma grammi 20. Emplastro vescicatorio canforato, grammi 50, per due vescicatori allo interno delle coscie. — Sera. Temp. 37°. Puls. 140. Resp. 24. Dolorosissima la tumefazione alla faccia, giacitura supina cogli arti inferiori distesi, fin allora costantemente flessi, mistura eccitante.

Digitized by Google

Mattina del 12. Puls. 148, Resp. 28, Temp. — Da mezzanotte in poi delirio forte, agitazione, smania, fisionomia alterata; gonfiore accresciuto alla parotide, senza arrossamento della cute; alito disgustoso, narici fuligginose, inspirazione difficile, espirazione precipitata; nelle vesciche sollevate dagli epispastici poco siero, le loro piaghe rosso-paonazze; estremità degli arti inferiori fredde; cute chiazzata di turchino. Orine c. c. 300. Clistere laudanizzato. — Sera. Temp. 37°, Puls. 140, Resp. 28. Giornata calma fino alle 5 pom., poi nuova smania. Leggero arrossamento dietro il padiglione dell' orecchia sinistra. Giacitura paralitica, sguardo fisso, pupilla insensibile. Morte alle 6 ½ ant. del giorno 13.

Necroscopia. — Giallore omogeneo della pelle, macchie cadaveriche posteriormente; addome verde, nessuna rigidità. Pupille poco ed egualmente dilatate; labbra livide. Regione parotidea tumida, ma meno che assai in vita. Arco delle coste sinistre più sviluppato. Iperfonesi timpanica generale sul ventre.

Cranio. — Aderenza della dura madre lungo le suture principali; sua superficie interna umida, unita qua e colà per filamenti fibrosi all'aracnoide, e questa leggermente opacata allo interno; pia madre saldata fortemente agli emisferi, i suoi vasi grossi e sottili, dilatati ed iperemici. Cervello resistente e circonvoluzioni compresse, punti del centro ovale numerosissimi, però con poco sangue. Cute e pannicolo della regione parotidea leggermente infiltrati di siero; la parotide lunga 7, larga 5 centimetri, enucleamento difficile, alcune glandule catenate vicine, voluminose e resistenti. Superficie della parotide al taglio granulosa inegualmente; i granuli più periferici rossi, grigio-giallastri i centrali; iperemia, echimosi ed edema del tessuto interstiziale, più forti alla periferia della glandula; sul punto mediano una grossa goccia di pus, (grosso ramo del condotto stenoniano), perifericamente goccie più piccole (un grano di miglio) abbastanza numerose (ramificazioni minore del condotto suddetto).

Addome. — Muscoli putrefatti; saldature peritoneali deboli; fra le anse intestinali ed il peritoneo ascessi e depositi di pus quasi caseoso. Sul peritoneo parietale placche quasi fibrose, anche grosse di un millimetro, non distaccabili; fondo del peritoneo livido, variegato di grigio, violetto e rossigno; quà esulcerazioni lunghe 3 e 4 centimetri col fondo muscolare coperto, di essudato; altrove abrasioni epiteliali con fondo gialliccio punteggiato di rosso e con contorni alti, grossi. Intestina tenue grigio-rossigne; forte iperemia nelle parti loro declivi e vegetazioni giovani del peritoneo, quasi in forma di appendici epiploiche. Grande omento accorciato. Il peritoneo nelle parti libere delle anse, grosso quasi un millimetro, o mancante con iscopertura delle fibre muscolari traverse; edema fortissimo del tessuto sotto-mucoso, follicoli solitari, particolarmente nel digiuno, grossi quanto la capocchia di uno spillo; glandule del Peyer molto pigmentate; nel crasso materie fecali solide e qualche follicolo ingrandito. Mucosa dello stomaco, edematosa, giallo-verde, senza pieghe, pigmentata verso il fondo; in esso e nel duodeno masse di colore verde-cupo, di odore disgustoso. Capsula della milza grinzosa, coperta di essudato, le glandule del suo ilo voluminose, il parenchima molle. Tra fegato e diafragma parecchi ascessi e sul peritoneo di questi visceri estese vegetazioni; il fegato stesso piuttosto grande, la cistifellea piena di bile grumosa. Glandule mesenteriche mediocremente tumide e rossigne. Reni voluminosi, difficilmente enucleabili, resistenti; le masse interne turgide, rosso-pallide e la corticale penetrante fra le piramidi; liquido torbido nelle papille di queste.

Empiema quasi totale della pleura sinistra, echimosata; polmone sinistro splenizzato, alla sua punta una cicatrice. Polmone destro enfisematico, con all' apice una cavità pisiforme contenente massa caseosa; nel lobo inferiore, superiormente ed anteriormente, uno infarcimento triangolare in metamorfosi regressiva.

Della divergenza dei miei risultati statistici da quelli di altri osservatori non può quindi accagionarsi che una speciale combinazione della pratica, la quale, per quanto almeno concerne le storie delle due ragazze, avrebbe consistito nella condotta loro capricciosa ed irriflessiva, che fece ripetutamente inasprire la peritonite. D'accordo i pratici ammettono che gli ascessi, allorchè si formano nel corso di questa malattia, non tardano molto a farsi strada allo esterno; ed è veramente giusto che quanto più tarda l' apertura, o tra breve non ne apparisce alcun segno, meglio si lusinghino di vedere avvertito cotale esito, più spiacente che funesto. Poichè ognuno sa che infrattanto il processo flogistico per sè o favorito dalle cure, saldando ed ingrossando le parti circonvicine, erige una diga naturale alla ulteriore propagazione della piogenia, laonde il prodotto morboso chiuso in una capsula, va a subirvi metamorfosi regressive, le quali ne fanno talfiata scoparire perfino le traccie, senza che l'organismo ne sia, direi quasi, fatto consapevole.

Ora nella prima delle due ragazze, quando dopo un mese e mezzo circa dacchè durava la malattia entrò in Clinica, le materie fecali benchè già da tempo diarroiche, non contenevano punto di pus e scorse ancora un buon mese prima che se ne vedesse qualche segno; e nella seconda, nella quale dall'insorgere dell' ultima peritonite, che era la quinta o sesta recidiva, fino a venti giorni innanzi il suo trasporto allo spedale, l'alvo era stato oppilatissimo, la rettopir-

Digitized by Google

rea dovea aver principiato un mese circa prima della morte, non essendo presumibile che non avesse tosto o tardi notata la presenza delle marcie in feccie d'altra parte normali, e cacciate coll'intermezzo di parecchi giorni fra l'una e l'altra defecazione. Non è quindi improbabile, che nè l'una nè l'altra peritonite sarebbe forse giunta al più volte mentovato esito, se la forza delle circostanze non ve l'avesse tratta; anzi aggiungo, che lo studio comparativo delle alterazioni anatomiche del retto e della pelvi coesistenti colla perforazione, porta ad indurre che la peritonite non ne fosse stata nel primo caso neppure la cagione immediata.

Già durante il primo periodo di tempo che la malata soggiornò in Clinica, era in me nato forte sospetto, che il pus certificato nelle feccie non provenisse da un focolaio marcioso intrapelvico, e ciò perchè tra la purulenza delle materie fecali e la mancanza di segni obbiettivi o subbiettivi di una piogenia in forma di ascessi vi era, sto per dire, una opposizione inconciliabile. Se il lettore vuol prendersi la pena di rileggere la storia, vedrà che infine non gli verebbe fatto venire a conclusione diversa dalla mia, e che le febbri precedute da freddo ed in relazione certa col processo suppurativo, potevano interpretarsi senza difficoltà teorica o pratica, supponendo la marcia il prodotto di enterite follicolare rettoiliaca. E per verità, la lunga e continua compressione esercitata su quei visceri da un essudato voluminosissimo, la costrizione ed inflessione delle loro parti, operate dalle saldature ed aderenze abnormi, e la condotta infine sregolata della paziente poteano benissimo esserne considerato come la cagione complessiva. — Della quale patogenia io vidi in seguito crescere la probabilità, allorchè fattomi a visitare lo interno del retto collo speculum ani, non osservai altra cosa che la mucosa fittamente punteggiata in rosso di cinabro e nessuna traccia di perforazione.

Verificata però questa colla necroscopia, parve un istante che la ipotesi perdesse gran parte del suo fondamento, prima per la esistenza in genere di un perforamento e poi per la comunicazione del retto con una cavità chiusa d'ogni intorno, e quindi più conforme la distruzione delle tonache intestinali dal focolaio al retto, che non l'altra contraria. Se non che la conclusione non reggea di fronte allo studio comparativo delle alterazioni anatomiche nei due cadaveri, e sì per rispetto alle abnormi comunicazioni, che al resto dell'intestino.

Riguardo, alle comunicazioni esse variavano: *a*) pel numero, non esistendone che una nel primo, laddove erano multiple nel secondo. *b*) per la forma, chè nel primo cadavere comunicazione e perforazione erano una cosa sola, nel secondo invece le aperture dal retto mettevano in altrettanti canali, lunghi qualche centimetro e diretti quasi verticalmente fra le membrane dell'intestino. *c*) per li caratteri delle cavità in cui sboccavano codesti canali, che erano veri ascessi, mentre nel primo caso il foro metteva in un focolaio contenente una massa di apparenza icorosa e dalle cui pareti pendeano a brandelli i tessuti necrotici.

Quanto poi alle lesioni coesistenti nell'intestino, non fu notata nel secondo dei due casi che la dilatazione enorme delle vene alla estremità anale, ed a vece nel primo si verificarono precisamente quei guasti che sono speciali alla enterite esulcerativa, idiopatica, vale a dire follicoli in corso di piogenia, altri nella fase regressiva del processo suppurativo ed in via di riparazione epiteliale, altri obliterati e convertiti in ammassi di pigmento e per ultimo estesi tratti di mucosa distaccata dalle membrane sottoposte e traforata come un crivello. E, si noti per bene, consimile distaccamento non era mica solo là dove esisteva la perforazione, bensì anche più in su assai, fino nella porzione inferiore dell'esse iliaco, reperto codesto che, insieme all'altro dei numerosi follicoli quivi proprio obliterati, veniva a raffermare la ipotesi, che la enterite non si fosse sviluppata contemporaneamente su tutti i punti, ma discendendo. Per consimili risultati dello studio anatomico, non si può più star dubbi della perforazione mossa dal retto verso il bacino. E a mio credere fu, nel momento del suo compiersi che giugnendo i gas fecali a contatto del tessuto connettivo fra retto ed utero, si eccitò gravissima peritonite, della quale i sintomi apparvero negli ultimi giorni di vita e ch'ebbe per effetti immediati la mortificazione del tessuto circostante e la formazione del focolaio icoroso; per mediati la suppurazione estesa a tutto il peritoneo soprapelvico. Nè potrebbesi davvero, in contrario alla prefata conchiusione, ammettere che il distacco della mucosa seguisse e non precedesse il perforamento, se altrove, comecchè mancassero perfino gli indizi di prossima perforazione, la mucosa stessa era altrettanto e forse più estesamente distaccata. Che se taluno chiedesse, perchè qui pure non è mo' successo ciocchè era stato veduto più in basso, rimanderei costui a rileggere la necroscopia, ove troverebbe la ragione della preferenza nella varia grossezza delle membrane rettali più esterne, che era massima (circa 3 cent.) in alto, e minima (appena 1 centim.) in basso. Resta adunque definito che fra le conseguenze di una peritonite estesa vi è pur quella della enterite follicolare di patogenia meccanica, la quale può non solamente vestire le apparenze, ma cagionare di fatto una comunicazione fra retto e piccolo bacino.

Digitized by Google

III.

Oggetto di non minore interesse scientifico e pratico sono le suddescritte peritoniti, viste dal punto della etiologia.

La influenza delle cause occasionali vi è chiara a segno, che le due ragazze come ho già detto, non sarebbero perite sul fiore degli anni, se accomulando imprudenze più facili a dirsi che a credersi, non avessero, si direbbe, provocato a forza l'esito funesto della malattia. Che poi allo svolgimento di questa concorresse lo stato degli organi genitali per allora mestruanti, non vi è chi possa dubitarne e meno di tutti lo potrei io, che ho veduto nella giovinetta quindicenne summentovata, effettuarsi sotto il flusso mestruale una olo-peritonite suppurativa, preceduta certamente da forte congestione dei genitali e stravaso emorragico nello spessore dell'ovaia sinistra. *Mulier est mulier propter uterum* ha lasciato scritto Boehrawe, con che io credo egli volesse significare che come le più grandi gioie di una femmina, quelle della maternità, hanno origine nell'apparecchio generativo, così parte spesso di là la serie interminabile dei mali che ne logorano la esistenza.

Ma, si domanda ora: fu lo stato mestruale per sè che contribuì allo svolgimento della peritonite, o non vi entrò piuttosto intermediariamente con qualche sua alterazione preesistita od avvenuta lì per lì?

Stando al racconto che della loro vita antecedente fatto aveanmi le due inferme; alla grande moderazione con la quale erano apparsi i sintomi nell'esordio della malattia; alle qualità dell'essudato, che l'analogia facea supporre fossero state le stesse in ambo i casi, non v'era da appigliarsi alla preesistenza di lesioni formali od elementari nè dell'utero, nè delle ovaie, nè delle trombe falloppiane. Qualche peso sul giudizio contrario poteva bene avere il fatto necroscopico della cisti moltiloculare sierosa, in che si trovò trasformata l'ovaia sinistra della prima ragazza; non però di meno riflettendo che le pareti di quel corpo erano robustissime, che in nessun punto della sua superficie si trovarono indizi di avvenuta lacerazione, che le cellule, ciascuna ripiena di fluido, non comunicavano affatto tra loro e non conteneano che siero trasparente, in quantità di qualche cubo centimetro appena, non era presumibile che la lacerazione e successivo spandimento del liquido di una tra quelle cellule, fosse stata causa coefficiente della peritonite. Anzi soggiungo che, a parer mio, i rapporti patogenici dovrebbero essere stati inversamente, non trovando io impossibile, anzi neppure improbabile, che il sopravvenire della peritonite poco prima della mestruazione, abbia interrotto, rispettivamente sospeso, nel follicolo graafiano lì lì per lacerarsi, od in altri già prima vuotati dall'ovicino e non ancora perfettamente cicatrizzati, il processo regressivo e prodotto colla congestione ed iperemia collaterale un versamento sieroso e l'ampliazione delle loro cavità. Le quali non è poi a maravigliare, se non aveano toccato l'ampiezza proporzionale al tempo di loro formazione, potendosi supporre che l'essudato voluminosissimo in prima e poscia le adesioni e le saldature ne avessero impedito lo sviluppo completo.

E quanto alle alterazioni che, influenti lo stato mestruale e le cause occasionali prefate, poteano da un momento all'altro eccitare prossimamente la peritonite, od entrare almeno come fattori di maggiore forza e gravezza della medesima, tutte si compendiano nella emorragia intrapelvica, che il suo illustratore precipuo Nélaton chiamo *ematocele retrouterina.*

Pochi autori lo hanno però seguito nel negare la partecipanza della mestruazione in questo fatto patologico, e parecchi hanno osservato dipoi, che coito, sforzi insueti, raffreddamenti ed emozioni durante la medesima, potevano esserne altrettante occasioni. Ora, nelle due ragazze, la peritonite era veramente insorta, la prima volta almeno, poco prima che cominciasse il flusso mestruale, ed ambedue ne accagionavano o le fatiche soverchie, o queste ed una condotta imprudente. Tuttavolta gli è a notare, che propriamente questo ripetersi di azioni morbifiche in epoca così critica della esistenza femminile, è già un precedente, che bastando da sè a far compreudere la gravezza e la estensione della malattia, esclude implicitamente la necessità di una cooperazione, e che gli stessi autori surricordati, quasi all'unanimità, proclamano che l'ematocele è più comune tra le femmine a mestruazione comunque sia irregolare, e che le nostre due inferme non solamente erano fino allora andate immuni da qualunque irregolarità o difficoltà nella medesima, ma perfino da ogni benchè menomo turbamento della salute in genere. Laonde la induzione affermativa che poteva trarsi dagli argomenti anamnestici, veniva bilanciata e diciamo pure superata dalla forza della induzione negativa, alla quale traevano parimenti altri fatti che si osservarono successivamente, al momento stesso del suo sviluppo e nell'ulteriore suo corso.

Io non insisterò particolarmente sulla qualità della sindrome morbosa che ne segnava l'esordire, giacchè ognuno sa che la sensibilità individuale può farla variare moltissimo, cosicchè in talun caso veggonsi in piena luce certe lesioni funzionali, che in un altro sono appena contornate ed in un terzo si tengono sfumate nella penombra. Non però di meno fa mestieri notar bene, che nell'una e nell'altra paziente mancavano perfino gli indizi di patimento nelle funzioni della vescica e del retto od altri sconcerti funzionali od

Digitized by Google

estetici, indiziali della presenza di un corpo voluminoso nell'escavazione retto-uterina o nei contorni dell'utero. Anzi nella prima vi volle il disagio e la fatica di una lunga gita fatta in non piena salute e dopo una vita strapazzata da più giorni, perchè provasse peso nel fondo del bacino, dovuto per fermo in parte all'utero congesto per la ricorrenza del periodo mestruale. In seguito di malattia, la probabilità dell'ematocele decresceva nella seconda malata mano mano che si andavano accumulando le recidive. Egli era questo proprio il caso del *non bis in idem*, imperocchè successo lo stravaso la prima o la seconda volta, una sua ulteriore effettuazione sarebbe stata impedita dalle aderenze, dagli ingrossamenti e dalle saldature abnormi inevitabili dopo la flogosi di una sierosa, per poco che sia giunta ad un certo grado di forza. E difatto l'avvenimento di un'ematocele recidiva sarà veduto da pochi pratici, purchè non prendano per ematocele le emorragie o le loro traccie fra le membrane neo-formate e che sono l'effetto di lacerazioni avvenute nei vasi di queste. Nell'altra paziente, della quale un mese e mezzo dopo il principio della malattia ho potuto investigare per la via del retto e della vagina lo stato del bacino e dei visceri in questo contenuti, il reperto non fu più favorevole. Le ripetute esplorazioni fatte da quelle vie menarono a risultamenti negativi in genere, ma più specialmente riguardo alla presenza di un corpo che potesse tenersi per l'ematocele o per una delle sue trasformazioni, laddove nell'addome sentivasi un tumore che ne riempiva quasi interamente la zona sotto-ombellicale.

Alla necroscopia restava l'ultima parola, che fu realmente negativa nel secondo caso, perchè non solo non si trovò ciò che si dice ematocele, ma mancava perfino ogni traccia di preesistito focolaio emorragico. Nè per trasformazioni di cotali focolai poteano stimarsi gli ascessi siti fra le lamine delle neo-membrane, poichè le pareti loro non aveano presentato carattere alcuno di preceduta emorragia e facea d'altra parte mestieri ammettere contro i fatti e la teoria, possibile la moltiplicità e la contemporaneità degli ematoceli.

Meno rassicurante fu il reperto necroscopico della prima ragazza. La cavità compresa fra il retto, l'utero e il tratto inferiore dell'esse iliaco saldato a quei visceri, anzichè prodotta dalla perforazione del retto, poteva tenersi qual resto di un focolaio emorragico, in rapporto genetico coll'ovaia sinistra ingrossata e cambiata in una cisti sierosa moltiloculare. In addietro, all'articolo II., ho scritto il giudizio che io mi era fatto dell'alterazioni anatomiche in discorso e messene in campo le ragioni, laonde per brevità non verrò qui a ripetere nè queste, nè quello. Invece farò riflettere, che la ipotesi di un focolaio ematocelico non guadagna, nè perde terreno per la presenza dell'alterazione ovarica. Uno stravaso di sangue entro il peritoneo, come intende la comune dei pratici ginecologi sotto il nome di ematocele, può avvenire per una lacerazione di vasi dall'ovaio sano, essendo tutte le altre parti del piccolo bacino, alterate; come può esser cagionato dall'angiorexi di altri visceri normali, tuttochè l'ovaio sia alteratissimo. Anzi non è neppure necessario, che data la occasione ed avvenuta l'emorragia entro uno di questi visceri, il sangue ne esca per raccogliersi nel fondo del bacino, ed il caso che io ebbi a citare più volte, della olo-peritonite suppurativa per emorragia intra-ovariale, ne è la prova più lampante. Nulla poi dirò della difficoltà non relativa ma assoluta, di mostrare col fatto che nel caso in questione la cosa era passata a quel modo, e come quindi il rapporto non dovesse perciò restar sempre allo stato di congettura; perchè fatto pure valere, che avvenuta la lacerazione dell'albuginea e richiusasi tosto l'apertura e versatosi siero nel follicolo graafiano, questo si fosse successivamente trasformato in cisti, senza lasciar traccie esterne, quale sarebbe stata poi la cagione delle altre? Versando in coteste difficoltà e non quadrando la esegesi da me preesposta, converebbe meglio assai ammettere che l'alterazione ovarica avesse preesistito all'insorgere della peritonite, chè già di consimili alterazioni e più gravi esistono senza che ne segua necessariamente flogosi acutissima del peritoneo.

Venendo ora alla cavità che vorrebbesi far passare per residuo di ematocele, e lasciando a banda le considerazioni e le conclusioni a cui quelle mi hanno condotto rispetto alla natura della sua comunicazione collo interno del retto, io chiederò semplicemente: se parebbe in fisio-patologia meno razionale supporre che quella cavità si formasse per una connettivite (mi si perdoni la novità del vocabolo) acuta, tossica, necrotizzante, che non per lenta trasformazione di un focolaio emorragico. Accettando la seconda alternativa, i segni di peritonite suppurata, trovati estesi a tutto l'addome, sarebbero restati lettera morta cioè senza causa occasionale o prossima, laddove colla seconda avevano il loro naturale focolaio nella flogosi gravissima locale e forse nella penetrazione di gas fecali fra' tessuti circostanti e negli stessi vasi capillari.

Io pertanto non mi nascondo che, anche interpretando altrimenti i fatti e supponendo che la comunicazione fra il retto e la cavità scavata nelle membrane neo-formate si fosse stabilita in seguito della distruzione purulenta dal focolaio all'intestino, la temuta entrata dei gas fecali sarebbe avvenuta senz'altro e colle stesse conseguenze. Ma non può essere stato questo il caso nostro, perchè: o l'apertura di comunicazione esisteva già da lungo tempo, come è necessario supporre to-

Digitized by Google

stochè dalla cavità dell' ematocele dovea venire il pus che colava dal retto, ed allora non si intende perchè non insorgessero prima i sintomi della peritonite, anzi non si comprende perchè insorgessero in seguito; o quella era un' apertura di allora, ciocchè appariva quasi certo dai caratteri che presentava, e bisogna in questa alternativa convenire, che la piorettorea dovea essere effetto di enterite contemporanea dei cui guasti considerevolissimi fu già reso conto nella necroscopia. Laonde in nessun caso essa enterite potea giudicarsi effetto dell' ematocele, in quanto la sua cavità si fosse messa a comunicare con quella del retto. E qui mi torna di riferire ciò che altri ha osservato sulla dissenteria associata all' ematocele, poichè mostra chiaramente che alterazioni della mucosa rettale, gravissime ed estese al segno da cagionare la morte, possono coesistere allo ematocele senza connessione diretta collo stesso; e quindi, che se nel caso nostro si trovò una comunicazione, che tutto fa credere recente, sarà per fermo più ragionevole riguardarla come effetto, che come causa od anche semplice complicazione delle alterazioni predette. Oulmont (Union méd. 67-68, 1858) ha descritte dettagliatamente due storie di questa specie. Nell' uno dei due casi la malata soccombeva alla dissenteria stessa, nell'altro ad un ascesso, ed in ambedne non fu verificata colla necroscopia comunicazione alcuna fra l' ematocele e lo intestino. Per questo fatto e non regnando in quel tempo dissenteria epidemica, egli si mostra incerto sul rapporto patogenico probabile fra la enterite e la presenza dell' ematocele, nè accenna neppure la possibilità di patogenia meccanica, quale ho io scoperto nel caso da me descritto, e nemmanco in tesi generale mostra di aver pensato alla distruzione delle tonache rettali e conseguente comunicazione del canale intestinale colla cavità ematocelica.

Affinchè però appaia vieppiù dimostrato che la cavità comunicante col retto non era nel fatto da me descritto un prodotto dell' ematocele, basta confrontare i caratteri suoi necroscopici con quelli che descrive Oulmont nelle sue osservazioni, le quali sono del resto in termini sui quali si regge benissimo il confronto. Nell' una egli la descrive per esemplare di quei tumori sanguigni di vecchia data che si rinvengono nel piccolo bacino, allo stadio di riassorbimento; nell' altra come una dilatazione parziale mediana delle trombe falloppiane, contenente *una massa nera, affatto simile al contenuto ordinario dell' ematocele.*

Ed io invece ho trovato che il retto comunicava con una cavità intestiziale, sulle cui pareti leggeasi, starei per dire, la sua origine recentissima da uno sfacelo dei tessuti e che nulla avea in comune con focolai ematocelici antichi, e dalle quali potea presumersi che, a cagione di successive trasformazioni, si fossero dileguate perfino le traccie dell'ematocele, poichè sarebbe convenuto eziandio presumere la prima alternativa del dilemma suesposto, che cioè l'apertura esistesse da lungo tempo senza che insorgesse la peritonite, causa prossima della morte. E se è vero finalmente che l' apertura dell'ematocele nel retto od altrove suole avvenire non molto tempo dacchè si è formato, ed è vero altresì che l'apertura nel retto è per lo più esiziale, e che la prima materia la quale esce attraverso di essa, è una massa nera, picea, fetente, di solito non mescolata a feccie o pus, durante la malattia, nè si videro traccie di questa nella paziente che è l'oggetto della prima storia, nè fu l'apertura del retto la causa della morte in ambedue.

ISTORIA DI UNA PNEUMONITE

ESPOSTA

DAL

Prof. Cav. CESARE FEDERICI.

Poche infermità si studiarono tanto profondamente, e da così lungo tempo, quanto la *pneumonite:* la quale invero ha moltissima importanza, affliggendo per ogni dove una gran parte del genere umano. Però dopo le pazienti ricerche che si sono fatte sopra questa materia, io non ho la vanità di credere che la istoria da me narrata, racchiuda un'osservazione nuova o di supremo interesse per l'arte; ma nutro la certezza che tutto ciò che ho riconosciuto, per esempio, circa le attinenze del dolore toracico con l'infiammazione polmonare, non si presenti spesso, nè sia registrato in quei libri che corrono per le mani dei giovani e della maggior parte dei medici. Quanto al valore poi da attribuirsi anche alle osservazioni che sembrano meno fruttifere, dico che in medicina quello che è materia di fatto è sempre interessante, essendochè una verità in apparenza umile, può diventar lume da rischiarare tanti punti oscuri che rendono imperfetta la conoscenza dei morbi.

1) Rosa Bottacchiari non è giunta ancora al quindicesimo anno, e così giovane ha già perduto il padre e la madre per malattie ch'ella non sentì mai nominare. A me fu detto che la madre soffrisse di un restringimento dell'intestino, ma non seppi di qual natura fosse e quale origine avesse. Il fatto è, che morì consumata, or sono pochi mesi, nel nostro ospedale. Due fratelli dell'inferma godono buona salute. Essa nei primi anni di età patì il morbillo, e dopo alcun tempo qual-

Digitized by Google

che dolore di capo. Nel mese di Ottobre del 1868 vide comparire la prima volta il flusso mestruale, che poi non ebbe più per undici mesi; in oggi questa funzione procede regolarmente. Poco appresso al ristabilirsi delle purghe, un' efflorescenza umida e pruriginosa le coprì il collo e la testa, e ne fu solo libera del tutto verso la metà di Gennaio. La malattia presente incominciò il 18 Febbraio, nel qual giorno sentì forte molestia di caldo e qualche brivido passaggero. Il mattino seguente provò a levarsi di letto, ma essendo presa da vertigine si distolse da simil proposito; e solamente più tardi fece nuova esperienza di stare in piedi; però risentendone l' istesso incomodo si affrettò a ricoricarsi. Sul far della sera l' invase un brivido forte che per lo spazio di circa sei ore andò ora mitigandosi ora rincalzando. In questo mezzo le mestruazioni che erano principiate da poco, vennero a mancare. Il giorno appresso sudò un poco. Nell' ardore della febbre trasse principio la tosse e il dolore pungitivo sotto la mammella destra, che con l' aggravarsi di mano in mano gittò la giovinetta negli spasimi. In tale condizione fu accolta all' ospedale.

2) **Decorso del male.** — Appena ricevuta, non fu possibile al mio assistente di visitarla per l' agitazione in cui la teneva il dolore puntorio al di sotto della mammella destra, che le s'irradiava, seguitando il tragitto del quinto spazio intercostale, alla parte posteriore del torace. Si prescrisse sul tratto dolente un' applicazione di cloroformio schietto, imbevendone una falda di bambage. Alle sette e mezzo di sera il dolore si era già fatto comportabile; ma si esacerbava alla pressione anche moderata e sotto gli sforzi della tosse. Nell' ingresso alla Clinica *aveva rossa la gota destra*, più tardi tutta la faccia si era colorata, e il rossore nei pomelli e nelle labbra volgeva in fosco. Il torace anteriormente dava una risonanza piena ed uguale; nel dorso *a sinistra si destava un suono debole e quasi vuoto* dalla spina della scapola in basso. Entro questi confini si udiva la respirazione manifestamente bronchiale e la voce rinforzata. Non era sensibile l' aumento del fremito pettorale. In altre parti il respiro si manteneva vescicolare, e a quando a quando appariva qualche rantolo mucoso disseminato. — Somministrai dieci centigrammi di tartaro stibiato in una soluzione di gomma arabica, da pigliarsi a cucchiai dentro la notte; e feci rinnovare l' applicazione del cloroformio.

Febbr. 20.

Ore 6,30 pom.	Temp.	39°. 6 C.	Puls.	116.	Resp.	48.
» 11 pom.	»	39°. 6 C.	»	116.	»	48.

Nella mattina seguente, cioè il giorno 21, intrapresi un esame più minuto. La tosse e un resto di dolore non avevano lasciato all'inferma riposare punto nè poco. È sembrato che talora pronunciasse parole prive di senso. Non mandò fuori escreato. Seguirono nella notte due evacuazioni ventrali di materie sciolte, e alcuni conati di vomito. La faccia continuava ad esser rossa come il dì avanti, la respirazione superficiale, i polsi celeri. Nell'atto del respiro solo il torace destro si elevava sensibilmente, e ciò tanto nella giacitura supina, preferita dall'inferma, quanto nella posizione diritta. Il margine del polmone destro nella linea mammillare arrivava alla sesta costola, quello del sinistro al quinto spazio intercostale. Sulla parte anteriore del torace non si udiva altro degno di nota che leggere diversità nel suono, e nel rumore respiratorio. I tuoni del cuore si formavano netti, e molto scolpito il secondo sull' origine dell' arteria polmonare; l' impulso al solito posto. L' ottusità alla parte posteriore sinistra discendeva gradatamente aumentando *dalla fossa sopraspinosa* fino alla base, e passava dalla doccia vertebrale all' ascella. La respirazione era bronchiale, intonata in *a*, la broncofonia forte, il fremito poco distinto, ma più espresso avvertendolo con la mano frapposta tra il letto e il torace nel riporsi l' ammalata supina. Le orine raccolte pesavano 800 grammi; densità 1031; reazione acida: urati abbondantissimi; *piccola traccia di fosfati tanto alcalini che terrosi;* e molta scarsezza di cloruri. Del resto non ci aveva punto di albumina nè di muco. Il ventre era molle, naturale; la lingua rossa e tumida; l' alito caldo, la sete tormentosa.

Verso il mezzo giorno vomitò pochi grammi di un liquido gialletto, di sapore amaro; più tardi sentendo forte invito di evacuare l' alvo, tentò più volte inutilmente di soddisfarlo. La tosse fu meno molesta e alquanto umida; il dolore si ristrinse all' epigastrio; i segni fisici non mutarono, salvo un poco di accrescimento del fremito pettorale.

21 Febbr.

7. 30 ant.	Temp.	40°, 2.	Puls.	140.	Resp.	50.
12 merid.	»	39°.	»	140.	»	50.
6. 30 pom.	»	39°, 2.	Puls.	116.	Resp.	48.
11 pom.	»	39, 4.	»	116.	»	48.

22 Febbr. — Il disturbo recato da una vicina tolse il dormire alla nostra inferma: il dolore è venuto meno del tutto: l' alvo è sciolto: la lingua paniosa e punteggiata di rosso; la faccia meno accesa, sudata; l' impulso diffuso dalla terza costola alla quinta. Le pulsazioni ai lati del collo e allo iugulo appariscono concitate e superficiali. Nessuna diversità di fenomeni nell' esame del petto e del ventre da quanto ritrovammo nella giornata di ieri. Nelle orine sono ritornati abbondantemente i fosfati. — Si aggiunge al tartaro stibiato la tintura d'oppio per renderlo tollerabile.

Sulla sera poteva notarsi un leggero miglioramento: gli sconcerti del ventre erano cessati; aveva ottenuto il ristoro di un po' di sonno e me-

Digitized by Google

diocre sudore. Solo la faccia era più colorita che nel mattino, e la voce e la tosse esciva velata.

22 Febbr.

7. 30 ant. Temp. 39°. Puls. 114. Resp. 44.
6. 30 pom. » 39°, 6. » 112. » 48.

23 Febbr. — Sebbene durante la notte godesse il beneficio del sonno, la tosse non fosse stata molto molesta, e l'alvo chiuso, tuttavia le condizioni generali e locali erano peggiorate. L'affanno di respiro appariva più grave, i polsi più celeri, *l'ottusità di suono più estesa verso l'apice del polmone sinistro*, e la respirazione bronchiale più forte nella parte superiore che nell'inferiore. I rantoli a fine bolle e consonanti si udirono per la prima volta nella fossa sotto clavicolare sinistra. *La gota sinistra* sparsa di rosso cupo, la destra appena tinta nel pomello. I fosfati nelle orine tornarono a scarseggiare; il ventre si fece meteoristico; l'escreato venne fuori in piccola quantità, omogeneo, appena rossigno, e contenente traccie di albume. — Ordinai le polveri di calomelano e oppio, e un cristere.

Circa alle 3 pom. crebbe l'ambascia, la cianosi e la smania; rantoli a fine bolle cominciarono a formarsi *alla sommità del polmone destro*, e il suono a menomarsi sul torace corrispondente. — Credetti opportuno un salasso di sei oncie. — Prima dell'operazione la temperatura ascendeva a 40°, 2 - le respirazioni a sessanta, le pulsazioni a centotrentadue. Mezz'ora dopo il salasso la temperatura si elevò di un decimo di grado; calarono a quarantaquattro le respirazioni, e a centoventi le pulsazioni. La faccia scolorì un poco, vi fu qualche dolore di ventre, un'evacuazione, e tosse mediocre. Poscia si addormentò, e dormì tranquillamente per due ore sul fianco sinistro, sudando profusamente.

23 Febbr.

7. 30 ant.	Temp.	40°, 2.	Puls.	132.	Resp.	52.
12 merid.	»	40°, 2.	»	132.	»	52.
3 pom.	»	40°, 2.	»	132.	»	60 salasso.
4 pom.	»	40°, 3.	»	120.	»	33.
7. 30 pom.	»	39, 8.	»	124.	»	44.
Mezzanotte	»	40, 2.	»	124.	»	44.

24 Febbr. — La notte sopravvenne un fiero *dolore pungitivo al costato sinistro* e molto al disotto della mammella, che non si mitigò punto col mezzo del cloroformio, e tenne in continua veglia la povera inferma. Nel mattino seguitava così acerbo, come nei primi momenti. La tosse, a piccoli colpi, non cessava d'inasprire le sofferenze. L'escreato più abbondante e discretamente spumoso si eliminava con istento; si sciolse il ventre pur rimanendo alquanto teso, e le forze illanguidirono. Le respirazioni frequentemente erano accompagnate da un gemito. Dall'esame della parte anteriore del torace si ricavavano i medesimi segni dei giorni scorsi, notandosi solo in aggiunta alcuni sibili sulla parte sinistra. Posteriormente a destra e in alto grave mancanza di suono, in basso risonanza quasi timpanitica. Al lobo superiore del polmone destro si manifestarono i fenomeni di consonanza del respiro e della voce. Il sangue estratto era poco cotennoso; il crassamento non molto tenace. Le urine mi offrirono i seguenti particolari. Erano torbide e schiarivano col calore, *non che con l'acido nitrico*. Esaminato il sedimento al microscopio, m'accertai che si formava di granuli sparsi, come appunto si rappresenta l'*urato di soda* nella figura quinta dell'opera di chimica fisiologica del Lehmann (1). E si scioglieva non solamente con l'acido nitrico in eccesso, ma con l'acido acetico, la potassa e la soda. Mi fornì ancora la reazione di muresside, sebbene non così brillante come in altri casi di sedimenti di urati potei ottenere. Questi medesimi esperimenti rinnovai più volte con gli stessi effetti. Indubitatamente io m'abbattei con sedimento di urato di soda. Il Nisseron (2) parla per incidenza della proprietà che ha talora l'urato d'ammoniaca di sciogliersi nell'acido nitrico: ma non vedendo registrato questo fatto, e il fatto simile dell'urato di soda nei libri più degni di essere raccomandati allo studio dei medici, ho creduto farne menzione. Dubito ancora che quando parve di riconoscere un coagulo di albumina con l'affondere acido nitrico, e quindi che si ridisciogliesse il coagulo per nuova quantità di acido, non fosse avvenuto piuttosto un intorbidamento o un rappigliamento di urati e di acido urico. Il fatto è che in parecchie prove nelle quali tentai di fare sciogliere con quell'acido orina torbida per albume, coagulato con un processo o con altro, non vi riuscii mai. Il Jaccoud (3) ha notato che questo chiarire si ottiene sempre riscaldando l'urina albuminosa, dopo avere aggiunto un eccesso di acido nitrico; e crede che in allora intervenga propriamente una distruzione della materia organica. A giudici più competenti di me rimetto a disviluppare il nodo. — Feci la prescrizione di un grammo d'ipecacuana in infuso, e di applicare di nuovo il cloroformio nella parte addolorata.

Sera. — Il dolore si raccolse specialmente all'epigastrio, esacerbandosi alla pressione della mano, e all'atto del tossire. L'inferma nel giorno parte dormì, e parte rimase sopita; ebbe poca tosse e più facile espettorazione. Il volto presentava una leggera cianosi. La respirazione si faceva con lamento; le funzioni del ventre con regolarità.

---

(1) Précis de chimie physiologique. Paris 1855, pag. 53, fig. 5.ª

(2) De l'orine. Paris 1869, pag. 188.

(3) Dictionnaire de médecine 1865, vol. 1.°, pag. 564, art. Albuminurie.

Digitized by Google

24 Febbr.

7. 30 ant.	Temp.	39°, 8.	Puls.	120.	Resp.	48.
12 merid.	»	40°.	»	120.	»	48.
6. 30 pom.	»	40°, 2.	»	128.	»	60.
Mezzanotte	»	39°, 8.	»	128.	»	60.

25 Febbr. — Si eccitò nella notte così gagliarda tosse che non fece trovar posa all'ammalata; il dolore nel costato cessò del tutto, e nella visita del mattino certificammo che premendo fra le dita le pareti epigastriche si risvegliava tale sofferenza da essere insopportabile. La fisonomia esprimeva l'abbattimento: all'atto del respiro, nel sollevarsi il torace, s'infossavano gli spazi sopra clavicolari e il iugulo, e si destavano rantoli secchi e umidi in copia, solo manifesti ascoltando sulla parte anteriore del petto. Nel dorso non si fece la percussione per non tenere troppo a disagio l'inferma. L'ingresso dell'aria rendeva i medesimi suoni del giorno passato, tanto sul lobo superiore destro, che su tutto il polmone sinistro. Le urine presentavano le qualità fisiche e chimiche notate ieri. La calorificazione era uguale su tutto il corpo; gli escreati abbondanti e mucosi.

Più tardi si aggravò l'affanno e la difficoltà di spurgare, e il rossore del volto in ispecial modo sotto gli sforzi della tosse. Continuava il gemito che dissi accompagnare la respirazione. Non prese mai sonno fin verso le sei, nella qual ora sembrò piuttosto sopirsi che addormentarsi. La lingua proseguiva a essere umida e l'alito caldo. I polsi non erano molto depressi. — In tutto il giorno non somministrai che un infuso d'ipecacuana, e una bevanda con bicarbonato di soda. — Prima della mezzanotte la malattia raggiunse il suo colmo; circa a quest'ora entrò nel periodo di remissione. Da indi in poi fin verso il nuovo giorno riposò abbastanza tranquilla nella giacitura supina e alla visita del dì ventisei l'inferma stessa esprimeva il mutamento che aveva fatto il male, con queste parole « mi pare di esser tornata da morte a vita. »

25 Febbr.

7 ant.	Temp.	39°, 7.	Puls.	120.	Resp.	56.
Mezzogiorno	»	39°, 8.	»	124.	»	60.
3. 30 pom.	»	39°, 8.	»	124.	»	60.
6. 30 pom.	»	40°, 2.	»	124.	»	56.
Mezzanotte	»	38°, 9.	»	124.	»	56.

26 Febbr. — L'infermità però a grado a grado sbollì, come gradatamente aveva peggiorato. Si faceva sentire ancora un dolore all'epigastrio; un sudore profuso bagnava il capo e il petto, mentre il respiro si rendeva più tranquillo, il guardo più naturale, le guancie meno colorate. La tosse era tosto seguita da espettorazione. Le pareti toraciche si elevavano con obliquità appena sensibile; il rumore respiratorio anteriormente appariva forte e strisciante; nella fossa sopraspinosa destra *s'accostava appena al bronchiale*, accompagnandosi con rantoli umidi mezzani. Sulla parte sinistra si manteneva tuttavia bronchiale, ma con intonazione più cupa, e come spezzato. Anche alla base del torace sinistro incominciavano a sorgere i rantoli così detti di ritorno. Nell'escreato si aveva poco albume, cellule mucose e purulente. Comechè il ventre fosse chiuso, pure si conservava molle e cedevole.

Verso il mezzogiorno il sudore si fece universale e durò per tutto il rimanente della giornata. La faccia per la prima volta si mostrò pallida.

Con il miglioramento quindi del processo febbrile, come si vede nel grado della temperatura che qui sotto registro, si era incamminata la risoluzione del processo infiammatorio; e quel che è più degno di considerazione, sui punti ammalati per primo e per ultimo, e meglio su quelli affetti per ultimo.

Le temperature notate nei giorni seguenti con la misura della frequenza del polso e del respiro le raccolgo in uno specchietto finale; e sotto l'indicazione del giorno toccherò dei fatti più meritevoli di attenzione. Dirò adesso per evitare inutili ripetizioni che da oggi in poi i sonni, le funzioni del ventre, l'appetito andarono a poco a poco ravvicinandosi alla regolarità.

26 Febbr.

8 ant.	Temp.	38°, 4.	Puls.	112.	Resp.	44.
Mezzogiorno	»	38°.	»	108.	»	44.
3. 30 pom.	»	38°.	»	108.	»	44.
6 pom.	»	38°.	»	100.	»	40.

27 Febbr. — I segni fisici non hanno variato: le urine fluiscono abbondanti, e racchiudono gli elementi ordinari nella debita proporzione. La pelle è sempre in traspirazione.

28 Febbr. — All'apice del polmone destro il rumore respiratorio è debole, ma punto bronchiale. I rantoli a sinistra sono divenuti più copiosi, e si odono in più largo spazio. Dall'orecchio sinistro scola un umore torbido, gialliccio, senz'altro incomodo. Lo scolo cessò a capo di due giorni.

1 Marzo. — La respirazione bronchiale è venuta meno dapertutto; i rantoli si formano a preferenza nell'espirazione, e si avvertono ancora sulla fossa sotto-clavicolare sinistra. L'espettorazione principia a scemare.

2 Marzo. — I rantoli umidi sono quasi del tutto cessati: il rumore respiratorio va rinforzando nei luoghi ove i giorni passati era debole.

3 Marzo. — Il suono pare leggermente più oscuro nella fossa sotto-clavicolare sinistra, e su tutto l'altezza del dorso dal medesimo lato. Solo in questa giornata ritrovammo *nelle urine piccola quantità di albume*. L'espettorazione è ridotta a ricoprire appena il fondo della sputacchiera. — Tralasciai l'infuso d'ipecacuana, e sembrandomi tempo di ristorare le forze posi mano a larghi decotti di china e a una dieta sostanziosa.

Il giorno nove la tosse era cessata e speri-

Digitized by Google

mentai la differenza che correva nel numero delle pulsazioni in positura diritta e orizzontale. Avendo trovato che questa differenza era di dodici pulsazioni lasciai che l'ammalata si levasse per poche ore dal letto; poteva fare stima ch' ella fosse entrata in piena convalescenza.

Giorno	Mattina			Sera		
	Temp.	Puls.	Resp.	Temp.	Puls.	Resp.
27 Febb.	38°, 2	104	48	37°, 8	96	48
28	37°, 9	100	52	37°, 8	96	48
1 Marzo	37°, 6	96	40	37°, 8	84	40
2	37°, 4	96	44	37°, 4	96	36
3	37°, 4	96	36	37°, 2	80	40
4	37°, 2	80	40	37°, 4	80	40
5	37°,	76	36	36°, 8	80	36
6	36°, 8	80	36	37°, 4	72	36
7	36°, 8	84	32	37°, 4	80	32
8	36°, 4	70	36	36°, 8	72	30
Si levò di letto per due ore						
9	36°, 4	72	28	37°,	76	32
10	36°, 4	72	26	37°,	76	32

3) **Considerazioni.** — Se aggiungo un breve commento al caso descritto non è già per illustrare la diagnosi; la quale, derivandosi da segni propri e chiari, non può lasciare alcun dubbio; ma faccio con intenzione di raccogliere lo studio su di pochi particolari, che esaminai diligentemente e che mi parvero non privi d'importanza.

Ho mostrato che sulle prime surse un dolore fierissimo sotto la mammella *destra*, il quale poscia si distese verso il dorso e l'epigastrio, e che fu promosso da una pneumonite del lobo inferiore *sinistro*. Gli altri lobi, giudicando dalla mancanza d'ogni fenomeno morboso, dovetti ritenere perfettamente sani. A questo incrocicchiamento della sede del dolore con quella dell'infiammazione precedeva l'altro del rossore della gota in comparazione col viscere malato. Non seppi quanto prima del dolore nascesse il coloramento della guancia; nè forse avrei dato molto valore a questo fatto, se non me ne avesse cresciuto il peso quel che dirò appresso.

Intanto contro chi mi opponesse, che a suscitare il dolore poteva essersi ordita nascostamente e nel centro del polmone destro una flogosi, risponderei: *a*) che la supposizione non muove da alcuno indizio; *b*) che il decorso del morbo ne mostra l'inverosimiglianza; *c*) infine che o il dolore deve riferirsi a una pleurite per diffusione di processo, e allora la presupposta flogosi centrale non lascia intendere il modo onde si è propagata l'infermità; o deve riportarsi ad altra cagione, com'è credibile, e l'esperienza clinica depone in contrario alla ipotesi, perchè sappiamo le pneumoniti centrali andare quasi sempre discompagnate *da dolore acuto*.

In seguito il processo si allargò alla sommità del polmone sinistro, ma nè il dolore si riaccese, nè il colorito del volto si alterò. Nel giorno ventitre a otto ore del mattino avvertii il forte *rossore della gota sinistra*, rimpetto allo scoloramento dell'altra, e notai quindi che questo segno comparve circa sette ore prima dei segni fisici dell'invasione del morbo alla sommità del polmone destro, e di quindici ore la sopravvenienza di un dolore acerbo del lato sinistro. Anche questa volta il dolore si diffuse all'epigastrio, dove rimase a lungo anche dopo esser venuto meno nel punto prima occupato. Parrà soverchia sottigliezza tener conto, che il dolore riscontratosi con l'infiammazione dell'apice risiedette quasi al margine costale, di modo che vi si potesse vedere anche in ciò una specie d'incrocicchiamento. Ma lasciando pure indietro tali minuzie, io credo che in generale la contrapposizione sopra detta di questi fenomeni sia talmente assicurata, che il dubbio apparirebbe una sofisticheria,

Ora rispetto *al rossore della guancia*, in aggiunta ai pazienti studi del Gubler, trovo queste parole del Prof. Jaccoud che cadono in acconcio al caso mio. In una pneumonite che il predetto Professore ebbe a soffrire sentì per primo fenomeno - un calore insolito nella parte *sinistra* della faccia; uscito di pazienza volle specchiarsi e trovò rossa la gota. Tale segno durò per tutta la giornata, e continuava ancora quando si pose in letto. Però mentre si aspettava una pneumonite sinistra, il processo si sviluppò *a diritta*. — » il rossore del pomello, seguita il medesimo scrittore, che è manifestamente il prodotto di uno sconcerto dei nervi vaso-motori, ha preceduto pertanto *di quindici ore* il brivido della flemmasia, e questo brivido *di dieci ore* il dolore toracico. Una simile novità è di molta importanza per riconoscere l'intrecciamento dei fenomeni iniziali della pneumonite; dimostra che il freddo non è il primo effetto della malattia; che innanzi a questo vi sono nei polmoni sconcerti valevoli a turbare l'azione dei nervi vascolari, e tanto profondamente che la scossa si rivela in distanza col calore e il rossore intenso della guancia. Quanto *alla sede* del predetto rossore dal lato opposto alla lesione, che io osservai cinque volte può spiegarsi per l'*intersecamento* dei rami del simpatico e del vago, cosa molto mutabile e finora poco chiarita (1). » — Non è chi non vede quanto s'attagli al fatto che io presi ad esame quello del Jaccoud, e quanto ragionevoli sieno gli schiarimenti e le deduzioni che il clinico francese ne porge. Per la qual cosa

(1) Leçons de clinique médical etc. Paris 1867, pag. 38-39.

Digitized by Google

intorno questa materia io non debbo aggiungere altro.

Ma nella osservazione mia vi fu ancora contrapponimento del dolore, e di tal maniera che ignoro se così da altri venisse notato giammai. Movendo da simil fatto e ravvicinandolo con altri, ho cercato di soddisfare a queste domande; il dolore puntorio dipende esso sempre, o il *più delle volte*, da una diffusione del male alla pleura? di qual natura si può probabilmente ritenere?

Allorchè ci restringiamo a indagare l'origine del dolore puntorio senza curarci di qualificarne la natura, dobbiamo concludere che veramente il più spesso insorge quando l'infiammazione assale la pleura. In questa sentenza concorrono gli scrittori di Patologia e di Anatomia patologica. I morbi del polmone che ne guastano le parti più intime, non offendendo la membrana sierosa, per ordinario passano senza eccitare alcun dolore, o promuovono dolori gravativi di tutt'altra specie di quelli che ho pigliato a studiare. Ma io dissi avvedutamente, *il più spesso*, perchè dal Morgagni in poi (1) gli studiosi di cose anatomiche andarono raccogliendo parecchie eccezioni, nelle quali, sebbene il dolore avesse molto travagliato l'infermo, tuttavia si trovò illesa la pleura. Laonde per ragionare sul fondamento della connessione dei fatti, è mestieri inferire che la partecipazione della pleura al processo morboso sviluppatosi negli organi del respiro, è la cagione principale ma non già unica del dolore, il quale talvolta procede da irritazioni esercitate altrove.

Ammesso che la cagione primitiva di questo fatto risieda nella pleura almeno il più delle volte, rimane a decidere, se il dolore proviene da eccitazione estrinseca del nervo, anzi delle sue ultime propagini che si dispensano per entro la membrana sierosa, o se nasce da un processo morboso che si effettua nel nervo medesimo; in conclusione se è di natura *flogistica*, o *nevralgica*. S'intende facilmente che, pognamo ancora sia di qualità nevralgica, e derivi direttamente da una condizione morbosa stabilitasi nell'interno del tronco, non si esclude che possa avere l'ultima origine da uno stimolo discosto dal nervo alterato, come avviene in tante altre nevralgie sintomatiche di affezioni viscerali, lontane dal luogo dolente. Tra le molte proprietà che presenta il dolore nella pneumonite toccherò soltanto di quelle meglio certificate dall'osservazione, e che non possono appartenere al dolore infiammatorio, o che meglio convengono al dolore nervoso.

a) Secondo il giudizio del Valleix, il dolore nella pneumonite rade volte corrisponde alla parte infiammata sia del polmone, sia della pleura; secondo il Grisolle, solo in una quinta parte dei casi. Notarono alcuni com'esso s'irradi, e si sposti senza che intervenga alcun mutamento nell'affezione degli organi del respiro. Questa facilità di cambiar sede io la riconobbi ancora nel caso descritto. Può sorgere infine in parti opposte al viscere infiammato, o nelle pareti del ventre di quel lato in cui si trova il polmone infermo. Così il mio valente amico e aiuto di clinica il Dott. Bonfigli, mi offerse il modo di visitare una Signora malata di pneumonite destra che in principio del morbo sopportò un grave dolore, disteso dalla regione lombare alla parte destra dell'addome dove *pochi mesi or sono, aveva portato uno zoster*. A me pare pertanto che simili osservazioni sieno del tutto contrarie all'indole flogistica del fenomeno, la quale reca che il dolore si riscontri colà dove piglia nascimento; e appartengano alla nevralgia.

b) In quattro settimi dei casi (Grisolle) il dolore si fa sentire sotto la mammella nel 5.° o 6.° spazio intercostale; quindi in ordine di frequenza si trova verso il dorso e verso l'epigastrio: ovvero colpisce questi tre punti contemporaneamente o successivamente, com'io potei osservare. In tali tre punti *quasi sempre* si ottiene di accrescere il dolore pigiando un poco, o sollevando la pelle e premendola tra le dita. Da simili caratteri si vedono le somiglianze, per non dire l'indentità, fra il dolore puntorio e la nevralgia. Sono quelle le parti dove si fa sentire la nevralgia intercostale; sono quelli i punti dolorosi, detti del Valleix, che ci è dato rinvenire in caso di nevralgia ben determinata.

c) Merita di richiamarsi alla mente la prontezza con la quale si vincono i dolori pungitivi, con quegli anestetici che più giovano nelle affezioni dei nervi. In questi incontri io sperimentai il cloroformio schietto sempre con utilità, mentre usandolo nei dolori gravativi, che male si potrebbero circoscrivere e che si ritengono per più propri della pneumonite, non riescii mai a cavarne alcun vantaggio.

È chiaro adunque che il processo dal quale s'accende il dolore, passa tutto nella struttura del nervo; là entro si trova la causa eccitante e il conduttore dell'eccitazione morbosa. Nè so capacitarmi in qual modo s'accetti per materia sicura il fatto di nevralgie intercostali prodotte da tisi polmonari (Niemeyer) e da catarro bronchiale diffuso (Valleix) mentre si persevera a fare stima che sia d'altra qualità il dolor puntorio nella pneumonite.

Ma quali modificazioni succederanno nella compage nervosa, e con qual vincolo si congiungeranno all'alterazione primitiva polmonare o pleuritica?

(1) De sedibus etc. De morbis thoracis Epist. XXI.

(1) Schmidt's Jahrbücher etc. 1868, N. 5, pag. 163.

Digitized by Google

Eduardo Woaches, in proposito dell'azione della segala cornuta nelle nevralgie, manifestò il pensiero che queste affezioni derivassero da uno sconcerto dei nervi vasomotori, pel quale scemandosi la contrattilità dei vasellini che scorrono nel ramo nervoso ne seguitasse un maggior concorso di sangue e un edema interstiziale; e ciò fosse cagione dell'eccitabilità maggiore del nervo e di stimolo morboso (1). Un'origine poco diversa si assegna dagli scrittori moderni di patologia alle nevralgie reumatiche. Conformandoci a questa opinione si può credere che il primo motore del disordine vascolare si diparta dall'alterazione degli organi del respiro e dalla pleura, similmente a quanto accade nel colorirsi delle gote: e ammettendo l'intersecamento delle propagini del simpatico e del pneumogastrico, spieghiamo l'effetto della contrapposizione del dolore costale, di cui abbiamo recato innanzi l'esempio più splendido. Ripeteremo col Jaccoud che siccome la disposizione di tali nervi non è costante nè chiara nei diversi soggetti, così le manifestazioni del dolore non seguitano invariabilmente la medesima legge.

4) Discenderò adesso a fare un breve cenno d'altri particolari offertimi dalla storia narrata.

Paragonando gli sconcerti generali ed i segni qualificatori del processo locale ci avvediamo subito *della proporzione in cui sono fra di loro connessi*. Mentre salì al colmo la flogosi del lobo inferiore sinistro si ebbero ancora 40°, 2 C. di temperatura, 140 pulsazioni e 50 respirazioni. Nel giorno appresso vi fu remissione di febbre, e l'infiammazione restò entro i confini del dì precedente. Nella quarta giornata del morbo risalirono la temperatura, il numero delle pulsazioni, e delle respirazioni, e i segni fisici ci condussero ad ammettere l'invasione del lobo superiore sinistro. Alle quattro dopo mezzogiorno, non ostante un salasso, notammo il massimo della febbre (40°, 3) coincidere con nuova diffusione del morbo. Si menomarono *solo le respirazioni*, il che fu opera della sottrazione di sangue, la quale non lasciò mai in nessun incontro di recare simile beneficio. — Tale esempio collima con molti altri a indurre il convincimento che la febbre della pneumonite debba considerarsi come una conseguenza del processo locale. Se il mio illustre maestro ed amico, il Prof. Concato, ne vorrà far dono dei suoi profondi studi clinici su questo soggetto, credo che una simil dottrina apparirà più chiara del giorno. — La febbre continuò fino all'ottava giornata, e un po' di elevamento della temperatura fino alla quattordicesima, cioè insino a quando durarono i sintomi palesi dell'infiltramento polmonare. Poi il circolo e il respiro si mantennero ancora frequenti, ma forse non per ostacoli meccanici e irritazioni locali, altresì per un poco d'oligoemia e di debolezza irritabile. Intanto è da avvertire che questa infermità come non esordì francamente, così l'alterazione generale non ebbe quella fine quasi subitanea che il più spesso suole avere. La temperatura non discese sotto la norma nello spazio di poche ore; essa calò misuratamente nello spazio di più giorni; si sciolse come direbbe il Traube *per lisi* e non *per crisi* (1). La sensazione d'un certo benessere provata nel 6.° giorno segnò, per così dire, il principio del miglioramento.

Quando si ponga mente all'ordine col quale seguì la risoluzione locale, si rimane meravigliati dal fatto, che prima andò disciogliendosi quella infiltrazione che per ultimo acquistò il lobo superiore del polmone destro; poscia si disciolse la prima a manifestarsi; infine si dileguò, e più lentamente, la flemmasia della parte superiore del polmone sinistro, si direbbe, che la pneumonite formatasi, per ultimo, avvenne in mezzo a condizioni tali che non ebbe modo di organizzarsi. L'essudato rimase più molle, più facile a entrare nella degenerazione grassosa. Non posso decidere se avesse parte a questo effetto il salasso che io praticai proprio nel tempo in cui tenevano il campo i rantoli crepitanti. Mi duole di non potere studiare a voglia mia questa materia delle relazioni del salasso, fatto appena sul principio della malattia, colla organizzazione dell'essudato e con la prontezza del suo discioglimento. Ricercando con la mente quella specie di statistica che si raccoglie dalla pratica particolare e dove si fonda la massima parte dei nostri convincimenti terapeutici, sarei inclinato a pensare che il salasso adoperato per tempo, agevoli la risoluzione dell'essudato: fatto dopo l'induramento del polmone, la ritardi d'assai.

In ambedue le accensioni più forti della febbre, quando *la temperatura oltrepassò* i 40° mancarono nelle urine *quasi del tutto i fosfati*, tanto gli alcalini quanto i terrosi; il che è in conferma di ciò che scrisse il Prof. Primavera intorno quest'argomento (2), Quel che avvenne del cloro e degli altri elementi chimici di questo liquido lo dissi nel diario, nè merita alcun esame particolare. È curioso il ritrovamento *dell'albume una sola volta*, quando la febbre era venuta meno *e gli essudati si riassorbivano*. Ma io non so concepire di questo fatto alcuna ragionevole congettura.

Il dolore ricorrente si debella sempre col cloroformio: e chi vide con quanta utilità io ponessi mano a questa terapia, non tarderà a seguitarla. Le sofferenze dell'inferma non durarono mai più di un giorno, anzi di poche ore dopo l'uso del cloroformio, mentre nei casi ordinari durano per

(1) Lezioni cliniche. Napoli 1869, pag. 105 e seg.

(2) Manuale di chimica clinica etc. Napoli 1868, pag. 58 e 60, 207.

Digitized by Google

due o tre giorni, e accrescono la gravezza del morbo. Confrontando poi questo soccorso con quelli vantati dalla massima parte dei medici, saremo forzati a dargli la preferenza. Basta gettare uno sguardo sui libri più classici di patologia per accorgersi che la cura del dolore si confida sopra tutto alle sottrazioni locali di sangue. L'Andral dice che (1) « talora bisogna prescrivere di coprire di mignatte il lato dolente » - Il Niemeyer consiglia di usare le sottrazioni locali quando è fallita l'applicazione del freddo (2): il Trousseau mette in opera le coppe secche e scarificate e quindi l'iniezione sotto la pelle di atropina (3). Di tutti questi mezzi il più innocente parmi il cloroformio; e l'esperienza dimostrerà se è ancora il più pronto.

A chi mi ricercasse la cagione per la quale mi deliberai in quarta giornata di malattia a praticare il salasso, direi che fu la difficoltà e la frequenza del respiro, contro la quale quando giunge all'estremo in cui arrivò nella mia malata, non vi ha altro espediente di cura più efficace e certo. — La cura antifebbrile e alterante in questo caso, per non essere stata comportata, non produsse alcun vantaggio, e la dimisi allorchè mi sembrò fosse giunto il tempo di stimolare con l'ipecacuana il pneumogastrico e favorire l'espettorazione.

Con queste mie brevi parole, se ancora non gioverò ad alcuno, almeno avrò adempiuto al desiderio dell'immortale Morgagni (4). — « Signa insidiosissimi morbi a medicis, quotiescunque inciderit, adnotanda sunt diligenter, si forte aliquod inveniatur, quod aut perpetuo aut crebrius saltem adjungat se morbo, jam tum quando occultissime incipit. »

Camerino 1 Aprile 1870.

---

(1) Clinica medica. Napoli 1860, Vol. 2.°, pag. 68.

(2) Patologia speciale medica. Ediz. it. 1868, Vol. 1.°, pag. 225.

(3) Clinique médicale. Paris 1868, Vol. 1.°, pag. 777.

(4) De morbis thoracis. Epist. xx., § 14.

Della terapia empirica e della terapia scientifica

LEZIONI ORALI

DEL

Dott. MARIANO SEMMOLA

Professore di terapia nella R. Università di Napoli; e professore di medicina clinica nel grande Ospedale degli Incurabili

(Continuazione e fine, vedi il N. 2 e 3).

Presumere che i farmachi riescano medicamenti in virtù delle loro azioni fisiologiche, significa riconoscere implicitamente la verità di questo paradosso. Poco importa poi che la farmacologia fisiologica qualifichi il mercurio come un deplasticizzate per eccellenza, e che la terapia ce lo mostri ricostituente del sangue in una ostinata sifilide costituzionale; poco importa che due grammi di ipecacuana amministrati per favorire la copiosa espettorazione in un polmonico, invece di produrre degli effetti anacatartici, poichè le estremità gastriche del vago sono divenute torpide per la narcosi carbonica, passino oltre e gli determinino una dannosa diarrea; poco importa che lo arsenico, che l'azione fisiologica ci mostra come un deglobulizzante, riesca poi a guarire una ribelle infezione palustre e così di tanti altri esempi che potrei ricordare per dimostrare perentoriamente, che l'azione di un farmaco non è, non può essere la stessa quando sono cangiate le condizioni di esistenza dei fenomeni che esso si propone di modificare. Io lo ripeto, non so comprendere come una simile assurdità abbia potuto essere accettata come la base di un intero sistema di farmacologia, e mi meraviglio ancor più stranamente quando, lungi dal vederla corretta ed abbandonata, la vedo proclamata di nuovo da un dotto medico, il Gubler, che rinnega così le leggi del metodo sperimentale nello stesso punto in cui dichiara che sopra di esse devesi edificare la nuova terapia. Io non accuserò il Gubler di errore; io riconosco solamente, nelle sue fasi, le allucinazioni del laboratorio. Ma la terapia non si indovina, si studia; e le virtù curative di una sostanza non basta costruirle nel laboratorio, bisogna formolarle nello spedale. Ma che dico non basta costruirle? Si può appena presumere la direzione dei tentativi a fare; ecco la rigorosa conchiusione terapica che si deve ricavare dalla farmacologia fisiologica. Poi si passa dal laboratorio alla clinica, e qui comincia davvero la soluzione del problema. Applicare il rimedio con due norme fondamentali; la prima è quella di non nuocere all'infermo, e la seconda quella di scovrire

Digitized by Google

rigorosamente la verità. Può accadere per caso, come già dissi più innanzi, che il vostro tentativo faccia scoprire un insperato rimedio, e tanto meglio. In medicina, come in molte altre scienze si fecero delle importanti scoperte quando le ricerche erano dirette ad altro scopo, ed il difficile sta in questo, che il medico osservatore non si lasci sfuggire il nuovo fatto che gli si presenta per caso, come fece, per es., lo Zenker che, mentre studiava le alterazioni del sistema muscolare nella febbre tifoide, non mancò di scovrire le trichine che egli non cercava. Oltre agli insperati acquisti di simile natura la terapia clinica potrebbe anche talvolta dar ragione alla teoria farmacologica che vi ha guidato, e, se le teorie di Paracelso, fondate sopra le influenze astrologiche, o le idee di Porta che deducevano la virtù medicamentosa di alcune piante dalla somiglianza loro con gli organi ammalati, condussero a trovare qualche buon rimedio, a più forti ragioni lo si potrà sperare da teorie, che, se non vi dicono proprio qual'è la vera azione di una sostanza in uno stato morboso, vi danno però una bastevole nozione sul tipo di essa nello stato fisiologico. Ma badate bene di non illudervi, e spogliatevi di tutte le idee preconcette. Il nuovo farmaco che sperimentate non ha bisogno di giudici indulgenti, se volete davvero far progredire la terapia. Il suo processo deve essere anzi rigorosissimo e, se il risultato della sperienza clinica non fu controllato dal metodo sperimentale, non esitate a ripudiarlo. Se così facesse ogni medico non si vedrebbero alla fine di ciascun anno ingombrati i libri di terapia da rimedi destinati a farci deplorare la presunzione e la miseria del sedicente progresso, ovvero a mascherare la ignoranza de' ciurmadori. Val meglio una piccola verità ben dimostrata, che cento verità problematiche. Nè si creda che io calunni la medicina, o che ne faccia una troppo acre censura. Io parlo a' giovani medici, ed un dì verrà per essi, e non lontano, in cui mille testimonianze loro proveranno che le nostre incomplete conoscenze di farmacologia fisiologica poche volte conducono ad una terapia razionale positiva e non illusoria. Riconoscendo così i giusti limiti della nostra potenza noi eviteremo i rimproveri della vecchia medicina, la quale per vendicarsi delle ben meritate accuse ripete ogni giorno a' progressisti presuntuosi che questa nuova medicina, questa così detta medicina sperimentale non ha potuto scoprire due farmachi come la china e come il mercurio. Questa è senza dubbio una dura verità, Ma il medico dotto la riconosce senza credersi umiliato. Esso non la subisce; anzi lo prevede, perchè inaugura il vero progresso col dichiarare che la medicina sperimentale non potendo risolvere nè il problema della natura de' mali, nè quello dell' azione intima dei rimedî non si propone punto di trovare degli specifici come la china ed il mercurio. Questi farmachi non agiscono contro la febbre palustre e contro la sifilide, nè in virtù di un antagonismo apparente o sintomatico nè pel meccanismo della loro azione fisiologica. Essi ci conducono direttamente a studiare la terza parte di questo capitolo vuol dire lo antagonismo intimo, o specifico che voglia dirsi, fra il rimedio ed il male. Dicesi antagonismo intimo o specifico quello che si esercita nell' organismo fra due condizioni fisico-chimiche diverse, che vicendevolmente si neutralizzano e distruggono le loro manifestazioni, senza che per questo la forma sensibile o il meccanismo dell' azione fisiologica di una di esse sia necessariamente antagonista dell' altra. Ecco il vero campo della terapia; lasciar da parte i sintomi; vigilare appena sul processo morboso e con un solo rimedio dominare tutta la scena di una malattia. È precisamente quello che si fa in una infezione palustre e in una sifilide costituzionale. Che la prima sia algida o diaforetica, febbrile o larvata e che la seconda si manifesti con la iritide, con le placche mucose o con una carie, non vi è alcun dubbio che i sali di chinina nel primo caso ed il sublimato corrosivo nel secondo, intervenuti a tempo, guariranno l' infermo senza dividere l' onore della palma con altri farmachi. Egli è perchè la china ed il mercurio non si propongono di curare gli effetti del male, ma modificano e curano con la loro intima ed ignota azione quella particolare condizione fisico-chimica dell' organismo determinata dalla infezione palustre o dal virus sifilitico, che altera gli atti biologici con forme diversissime ma sempre della stessa natura. Che importa a me di sapere che la chinina agisca su' vaso-motori e produca la ischemia quando io so ben certamente che essa guarisce la febbre palustre? Non è ridicolo per la medicina, la sola scienza che presume ad ogni costo di spiegar tutto, non è ridicolo ripeto che essa, per non credersi umiliata innanzi ad un rimedio figlio dell' empirismo, pretenda d' imporre le sue spiegazioni; quasi come per far credere che se il caso non avesse conceduto alla Contessa di Cinchon di conoscere e di tramandarci la china per guarire la infezione palustre, essa, la medicina sperimentale, si sarebbe incaricata di scovrire la preziosa corteccia. L' ingenuità di costoro che per forza si distillano la mente per sapere come agisca la china è proprio cosa degna di vera accademia anzi di pura arcadia, e non mancherebbe di ridestare le risa di Molière, il quale farebbe dire francamente al suo sarcastico ammalato che, con tutte le sottigliezze della teoria, la china non sarebbe stata scoperta e gli ammalati di perniciosa palustre continuerebbero a varcare lo Stige senza misericordia. Alla mente di qual medico, fosse pure il più ingegnoso, avrebbe potuto risvegliarsi la idea della china come

Digitized by Google

farmaco antiperiodico, quando questa azione antiperiodica è una nozione affatto incognita alla farmacologia fisiologica? Ma si dirà che la chinina è ipercinetica de' capillari, che riduce il tumore di milza, che abbassa la temperatura, che mette insomma l'organismo nella posizione di non permettere la sviluppo della febbre, e che in conseguenza non c'entra questa virtù antiperiodica. Ebbene, queste non sono che frasi illusorie, perchè si vi ha qualcosa di conosciuto nel modo onde la chinina agisce per curare la febbre da infezione palustre è precisamente questo, che essa non guarisce col suo meccanismo di azione fisiologica. Se non fosse così sarebbe bello e trovato il rimedio di tutte le febbri senza menomamente preoccuparsi della loro diversa natura. Ed invece la clinica vi mostra che di due infermi che nell'acme della loro febbre hanno raggiunto il 42° del termometro, l'uno, ammalato d'infezione palustre, guarisce solo che aspettiate la declinazione di quella febbre, e che gli amministriate due grammi di bisolfato di chinina; l'altro infermo di tifo o di miliare muore, anche curandolo con tutta la chinina del mondo e propinata durante la stessa febbre. Può anche non esservi febbre nella prima infezione, la malattia non essere per questo men grave, e la chinina guarisce egualmente. Il tumor di milza del primo sparisce dopo pochi giorni e quello del secondo non si riduce che problematicamente e si dissipa solo con lo esaurimento spontaneo del male. Che cosa dunque cura la chinina, il meccanismo del sintoma o la natura del male? Solo de' progressisti accecati e fanatici possono sconoscere la risposta. Ma agli ostinati di questa risma io desidero fare un'ultima osservazione per persuaderli che la vera terapia ha bisogno di antagonismi intimi, ossia, nella natura dell'azione e non già di antagonismi fisiologici per fare la così detta cura del morbo, ossia cura etiologica della sua natura. Accetto per un momento che la chinina guarisca la febbre palustre con la sua azione ipercinetica de' capillari e riducente la temperatura: in altri termini come antipiretica. Ebbene, scorrete la serie de' farmachi antipiretici, o medicamenti cardio-vascolari, così chiamati dal Prof. Sée. In essa troverete (mirabile armonia!) la chinina, la digitalina, l'atropina, la segala cornuta, ecc. È naturalissimo, secondo la dottrina del laboratorio, che questi farmachi abbiano virtù curative almeno analoghe in grazia del loro meccanismo ipercinetico de' capillari e capace di abbassare la temperatura. Ebbene, perchè non rende omaggio al progresso applicando tante nuove potenze alla cura della febbre palustre? Perchè nessuno osa di beneficare la povera umanità con un rimdio così economico come la digitalina, p. es., e più potente ancora come antipiretico? Nessuno risponde, nessuno ardisce de' sedicenti progressisti, e solo la vera medicina sperimentale prende la parola per dirci che questi rimedî hanno sì un meccanismo analogo di azione fisiologica, ma che questa somiglianza non è che apparente, e che invece tutto il resto de' loro effetti fisiologici nulla ha di comune, e che ciascun farmaco possiede un *tipo di azione tutta propria*, e che infine ne' farmachi vi sono due modi diversi di agire, non sempre fra loro dipendenti, l'azione fisiologica e l'azione curativa, e che però la china guarisce la infezione palustre con un antagonismo intimo e di natura ignota che la digitale non possiede. Ecco ciò che importerebbe di sapere alla terapia per costruire davvero la cura razionale del morbo. Ma sventuratamente questa ricerca è impossibile, e quelli che si provarono tante volte ad affrontarla, mostrarono solo con questo che essi non erano degli scienziati. La natura di un fenomeno non si sperimenta nè si indovina. Epperò, la conoscenza di due nature opposte, o antagoniste che dire si vogliano, non si può nè calcolare nè prevedere; sicchè la terapia intima, la cura della natura di un male non può esserci fornita che dal caso, dalla esperienza fortuita, dall'empirismo. Ecco una bestemmia scientifica secondo alcuni, ecco l'evangelo medico secondo altri. Ma io lo ripeto: la fonte più sincera delle grandi virtù curative è l'empirismo. Non mi facciano i primi il viso dell'arme, nè si affrettino i secondi a plaudirmi. Io non vengo a giustificare nè gli uni, nè gli altri, perchè mentre non posso approvare quelli che rinnegano follemente il tesoro delle conoscenze positive che ci fu legato dalla tradizione medica, non posso neppure difendere quelli che di questa tradizione si fanno uno scudo per nascondere la propria ignoranza? A che dunque mi si dirà voi dissotterrate questo fossile! Credete voi che questa scoverta paleontologica che ora ci annunziate possa interessare un'epoca nella quale la medicina aspira febbrilmente a conquistare un posto sicuro fra le scienze? Ebbene sì, io io credo: perchè credo che nella medicina, come risultato delle scienze biologiche, esisteranno sempre delle incognite, epperò bisognerà distinguere il lato scientifico dal lato pratico. Mentre la scienza cammina e progredisce e cerca di risolvere i più oscuri problemi, la pratica non può, non deve aspettare sempre il suo cenno per prendere le mosse. Altrimenti la medicina fallirebbe affatto il suo scopo col pretendere che la umanità aspettasse tranquillamente il risultato de' suoi studî per sperar poi di guarire piu scientificamente. Nè sarebbe cosa nuova il vedere che le malattie più fiere restino assolute padrone del campo, mentre che i medici lascerebbero scorrere tranquillamente de' secoli per accapigliarsi a far prevalere or questa ed or quella teoria col pretesto di avere scoperta la verità definitiva. E questa appunto è la ragione per cui lo empirismo,

Digitized by Google

culla obbligata di tutte le scienze, ed in realtà periodo transitorio del loro cammino, non abbandonerà mai quello della medicina e propriamente quella parte di essa che si occupa della cura de' mali. È precisamente per questo che ogni giorno assistiamo al triste spettacolo di uomini ignoranti e ciarlatani che nella pratica restano molte volte confusi allo stesso livello con dotti medici, che hanno consacrato la loro vita allo studio. È infine per la medesima cagione che ho veduto molte volte de' medici illustri iniziare la cura del loro infermo coi più sottili e dotti criteri terapici e poi, col correre dei giorni, con lo aggravarsi del male, innanzi alle previsioni smentite ed alle speranze deluse, rinnegare ogni direzione scientifica e farsi guidare dal più volgare empirismo. Questa specie di empirismo, monopolio de' saltimbanchi o risorsa disperata del medico dotto, non sarà mai utile al progresso della terapia, e non è di esso che io pretendo di fare l'apologia. Io desidero che lo empirismo diventi anche esso il patrimonio del medico del progresso; in altri termini che si trasformi, che da cieco si mostri intelligente e da brutale si nobiliti con la scienza. Ecco l'ardua meta che la terapia deve raggiungere. Invece di sciupare il tempo e l'ingegno a costruire dottrine curative più o meno fantastiche, si occupino i medici di consacrare con rigorose e ben determinate sperienze cliniche le tante virtù curative che l'empirismo ci mette innanzi ogni giorno. Ed a' più ritrosi non sia grave il ricordare, che tutti i nostri più grandi rimedî sono figli di questo empirismo che tormenta tanto gli aristocratici scienziati per la sua origine così plebea. La china, il mercurio, il iodo, lo zolfo, la digitale, ecc. ecc., non sono che rimedî di origine empirica; ma ogni giorno essi guadagnano terreno nel campo della scienza, non già coll'arzigogolare sottili ed ingegnose teorie, ma con la determinazione rigorosissima del nosografismo, della diagnosi e di tutte le condizioni esteriori che accompagnano la cura. Mi spiegherò anche più distesamente sopra un punto di tanto rilievo che a me sembra racchiudere il vero segreto del progresso della terapia. Abbiate per esempio un farmaco che per caso si presentò utile più volte nella polmonite. Ciò non basta per spacciare che quel farmaco realmente abbia guarito de' polmonici e che debba prendere posto fra' tanti rimedî che successivamente si raccomandarono in questa malattia. Prima di tutto, quando si tratta di consacrarne uno nuovo in una malattia, bisogna assicurarsi del grado di fiducia che bisogna avere nella terapia naturale, cioè, nella cessazione del male pel suo decorso spontaneo. Senza alcun dubbio moltissime infermità, massime fra le acute, sono capaci di guarire senza rimedî. Sta in questa guarigione spontanea di molti processi morbosi, esauriti solamente da' poteri fisiologici, la vera origine di tanti monumenti trionfali che vennero innalzati a non pochi farmachi da nulla che si credettero in buona fede capaci di far miracoli. Nè diversa è la cagione della immancabile e rinascente fortuna delle consultazioni magnetiche, della *Revalenta arabica* e di tutti gli altri rimedî che, scacciati dagli annali della scienza, si consolano facilmente di questo ostracismo rifugiandosi nella ospitalità comprata alla quarta pagina de' giornali. Egli è dunque impossibile in terapia farsi una idea esatta della utilità di un nuovo rimedio senza una rigorosa sperienza comparativa del corso e dell'esito della malattia abbandonata a se stessa. Ecco dove si comincia a distinguere il puro empirico dal medico scienziato. Lo illustre Pinel diceva ai suoi scolari di clinica: Signori quest'anno noi osserveremo le malattie senza curarle e l'anno vegnente le cureremo. Questa idea scientificamente vera oggi si applica con maggiore ragione a più breve scadenza; e le sperienze contrarie si praticano contemporaneamente per mettere gli ammalati sotto le medesime condizioni e rendere così comparabili le ricerche. Non è una idea nuova, o un acquisto della moderna medicina, come taluno ha creduto, la fede nella guarigione spontanea delle malattie. È anzi una idea vecchissima quanto la medicina storica e per ironia qualificata un tempo come la meditazione della morte. Oggi ha ricevuto solamente un più completo sviluppo sotto la influenza dei progressi della biologia. Oggi questa guarigione spontanea non è più fatta da un *Deus ex machina* che si chiamava natura medicatrice o *archeus faber*, nè viene a caso, come la ricchezza per un numero al lotto. La guarigione spontanea de' mali ha i suoi limiti e le sue leggi e, se il medico non conosce i primi e non rispetta le seconde, presumerà invano che la Creazione faccia de' miracoli per lui. Questi limiti e queste leggi si compendiano nella buona fisiologia e nella profonda clinica. Ristabilire l'armonia fra l'organo infermo ed il corrispondente agente fisiologico; creare in altri termini un ambiente funzionale proporzionato al nuovo grado di tolleranza della economia; ecco il segreto che conduce in moltissimi casi alla guarigione assai più sicuramente che non farebbe l'artifizio infedele di un farmaco. Il medico sperimentatore ne fa dunque la prima stazione delle sue ricerche piuttosto che affrettarsi a scrivere sempre delle ricette. Ed a quelli che non ne fossero ancora ben persuasi io consiglierei di diventare per poco omiopatici. Sì, lo ripeto, omiopatici; perchè l'omiopatia sta là non per insegnarci un nuovo principio di terapia, ma per aver diritto alla nostra gratitudine ed a farci trarre sempre nuovo profitto dalle sue non rare lezioni intorno a' mali che gli abusi della farmacia alimentavano e che i poteri fisiologici guarirono sotto il patronato de' famosi globuli ri-

Digitized by Google

pieni di innocuità e di magia, Nè meno luminosi ed assai più frequenti sono gli esempi che ci fornisce la idroterapia; la quale lungi dall'essere un sistema curativo sistematico o un'apostasia da' principi della terapia generale, siccome non lasciano ancora di credere alcuni medici, non è che un capitolo della terapeutica ordinaria e precisamente della terapeutica fisiologica.

Assicurata con la maggiore esattezza possibile la parte che il corso spontaneo di una malattia, favorito dalle opportune condizioni fisiologiche, può avere su la guarigione, il medico comincia lo studio del nuovo farmaco con la determinazione rigorosa delle condizioni tutte che accompagnano e che distinguono lo infermo e la malattia. È da questo *determinismo* esattissimo che dipende la costante riproduzione di quella virtù curativa che si presentò la prima volta per caso. Se vien meno una sola di quelle circostanze di fatto che accompagnarono la prima guarigione, invano voi spererete che l'applicazione dello stesso farmaco frutti gli stessi effetti. E questa è la ragione fondamentale della nullità che in generale hanno le statistiche fatte in favore de' nuovi rimedi. A che vale che voi diciate, il tal rimedio guarisce la tale malattia nove volte sopra dieci, senza determinare tutte le più minute condizioni speciali di questa guarigione? Quando vi si presenterà l'undecimo caso di quel male voi non saprete distinguere se esso ha da appartenere ai nove guariti o a quello che è morto. Ed è perciò che nel dizionario quotidiano dei medici trovansi ripetute ad ogni passo le parole, *quasi*, *circa*, *molte volte*, *idiosincrasia*, ecc. ecc., che suonano incertezza di risultato per cattiva sperienza. Il medico che vuole invece assicurarsi il risultato terapico in una malattia, sempre che ripeterà la sperienza del farmaco, o nettamente vuole prevedere i casi in cui lo stesso farmaco fallirà completamente, questo medico deve essere un vero fotografo della natura; ed allora la nozione empirica grossolana ed incerta diventa sperienza scientifica delicata ed immancabile.

Questo determinismo rigoroso delle condizioni nelle quali si applica un farmaco non è in altri termini che la diagnosi esattissima, ed oggi la esattezza della diagnosi diventa sempre maggiore, ed il progresso della semiotica ed il nosografismo clinico e tutti i nuovi metodi di esplorazione tendono a darle un carattere di certezza ed un contorno così netto da farci sperare che possa un dì ridursi come il risultato di una osservazione di uno strumento di fisica. Sembrerà forse troppo ardita questa frase, e nondimeno a me sembra che essa compendi fedelmente le tendenze della medicina clinica odierna; tendenze che assicureranno le più solide basi alla applicazione invariabile de' rimedi empirici. Difatti, si scorra il quadro di una malattia. In mezzo allo insieme de' sintomi estremamente complesso il medico deve scegliere quelli che si prestano ad essere analizzati esattamente e misurati senza incertezze. Tradurre nettamente la impressione che l'osservatore riceve dallo intero quadro, non è possibile senza parlar molto, epperò senza sbagliare. E d'altra parte in medicina, come già nelle scienze naturali, oggi si è ben compreso che bisogna diffidare di certi concetti subbiettivi, di cui gli antichi menavano tanto rumore, pretendendo di avere un tatto speciale o delle percezioni intime di cui nessuno doveva ardire di domandarsi una spiegazione. Oggi dunque gli sforzi sono diretti a sostituire l'obbiettivo al subbiettivo per comprendere i fatti in modo breve e dimostrativo, ad evitare le lunghe ed oscure descrizioni che sono giustamente rimproverate al nosografismo tradizionale. Ebbene è precisamente questo progresso che si propongono di realizzare i metodi grafici introdotti da poco nello studio de' sintomi delle malattie. Il medico può col loro aiuto seguire fra le manifestazioni multiple di un morbo quelle che sono più caratteristiche e determinarne il corso, come farebbe per lo studio de' fenomeni delle scienze fisiche. Poi traduce questi risultati in altrettante curve su le quali egli legge e ragiona. Il termometro, lo sfigmografo, la bilancia, ecc., ecco gli strumenti che vengono a prendere posto innanzi al plessimetro ed allo stetoscopio perchè essi danno agli organi il mezzo di rispondere da se soli alle nostre domande, e di trasformare così in una esatta scienza d'osservazione la diagnosi che fino a poco tempo fa era considerata un'arte personale intrasmissibile; un vero privilegio che l'infatuazione medica supponeva a pochi concesso. Quando queste ricerche avranno avuto il tempo di estendersi e di controllarsi, il medico possederà quel tale determinismo rigoroso che è la più solida base per assicurare il successo terapico. Allora i rimedi empirici diventeranno rimedi sperimentali. Allora la indicazione della digitale in una malattia di cuore e quella della chinina in una febbre si leggeranno su la curva tracciata dalla sfigmografo e si potrà in qualunque momento del decorso della malattia fornire una prova indiscutibile della opportunità del rimedio amministrato. Ecco il lato della scienza che invano sarà denigrato dagli adoratori della legittimità ippocratica. Ecco il campo nel quale non potrà essere confuso il ciarlatano col medico, e l'ignorante con lo scienziato. Empirici entrambi nella cura del male; il primo guarisce a caso, il secondo pregusta la gioia della guarigione coi lumi della sua dottrina. Cento infermi guariti dal primo sono lettere morte per l'avvenire della scienza e della umanità, e dieci soli guariti dal secondo assicurano mille nuove guarigioni e segnano un vero acquisto per la terapia. Il puro empirico nel prescrivere il rime-

Digitized by Google

dio non fa che tirare un numero a sorte; il medico scienziato ripete una sperienza già calcolata. Il primo col correre degli anni imbastardisce sempre di più ed invano pretende che gli si tenga conto della sua lunga pratica, il secondo si perfeziona ogni giorno ed arriva assai più prestamente alla sua meta. Infine i risultati terapici dello empirismo cieco oscurano la scienza e ne ingombrano con mille ostacoli il progresso, e quelli dello empirismo che tende a divenire scienza, aggiungono con ogni nuovo fatto un nuovo avvanzamento. La terapia oggi pretende di divenire scienza sperimentale, ma sopra basi affatto diverse da queste che io ho indicate. Il carattere scientifico che la terapia crede di adottare è precisamente quello di cui ho più innanzi si lungamente parlato. Essa si sforza di costruire teorie patologiche e teorie farmacologiche, e da queste fonti presume di ricavare nuove virtù curative. Ebbene, io non dubito di ripetere che questa via si mostrerà sempre sterile ed ingrata. Che il medico voglia obbedire al naturale istinto di spiegare tutto ciò che gli si presenta, faccia pure, soddisfi alla sua curiosità, creandosi una più o meno ingegnosa spiegazione del meccanismo di azione di un farmaco; ma lo faccia dopo che questo farmaco ha già guarito lo infermo, e dimentichi la sua teoria quando deve guarirne un altro. Si ricordi bene che mentre la scienza cammina or co' suoi piedi ed or con le grucce, la pratica curativa non può e non deve dividerne le perplessità e gli affanni.

E qui fo punto. Avrei potuto dilungarmi in particolari anche maggiori, considerando la gravità di questo argomento, che è proprio la pietra fondamentale della terapia. Ma credo di avere detto abbastanza per rendere chiare le nuove leggi che debbono presiedere al progresso dell'arte di curare le malattie, e solamente per maggior chiarezza raccoglierò le sparse conchiusioni di questo capitolo, formolandole nel modo più pratico.

1.° Le reazioni chimiche non possono fornire una sicura guida ad indicazioni terapeutiche razionali, che solo quando hanno luogo nelle cavità dell' organismo accessibili dall' esterno; poichè solo in queste cavità ci possono essere note le vere condizioni di esistenza della materia. Il rimedio chimico può essere direttamente introdotto nella cavità ovvero vi si può far pervenire indirettamente per una via di eliminazione (dai reni nella vescica, ecc.) quando traversando il torrente della circolazione, il farmaco chimico non cangia la sua natura.

2.° Le indicazioni terapeutiche razionali ricavate da reazioni chimiche presunte nel torrente della circolazione sono indicazioni ipotetiche, perchè, non conoscendo le vere condizioni di esistenza delle materie del sangue, è una mera ipotesi quella di credere queste condizioni identiche a quelle delle stesse materie in un bicchiere da saggio. In un solo caso queste condizioni chimiche razionali potrebbero avere un fondamento di verità, ed è quando i principi morbosi venuti dallo esterno rimanessero estranei alla costituzione chimica del sangue e traversassero immutati il torrente circolatorio. Allora è possibile che anche nel letto sanguigno avvengano reazioni prevedibili, identiche a quelle del laboratorio (per es., iniezione di amigdalina e di emulsina per due vie diverse, ecc.).

3.° Le indicazioni terapeutiche razionali fondate sull' analisi chimica dei tessuti o degli organi e dirette a riempire le lacune additate da essa sono assolutamente false; perchè il risultato della analisi è ben lungi dallo esprimere la vera alterazione chimica primitiva, che ha determinato il successivo pervertimento dei lavori della nutrizione, e di cui la deficienza di questo o di quel principio nella composizione dell' organo infermo non rappresenta che l' ultimo effetto.

4.° Le teorie sul meccanismo dei processi morbosi non condurranno mai a scoprire nuove virtù curative, perchè le domande che esse faranno alla farmacologia o sono meramente ipotetiche o quando anche fossero rigorosamente sperimentali nulla mai ci diranno sul primo momento etiologico di un processo, epperò appena potranno aspirare al merito di una terapia forse compensativa. Affatto nulle poi e fatali per la scienza e per la pratica saranno queste teorie quando diventano sistematiche. Ne potranno fornire luminosa prova perfino quei pochi, che in Italia, rinnegando ogni vestigio di nazionalità scientifica, pretesero di assoggettare servilmente la medicina all' organicismo di Virchow, e, lusingandosi di fondare la loro gloria sul cieco apostolato della patologia cellulare, come il *non plus ultra* della verità, non seppero riconoscerla qual era, cioè un sistema come un altro, che mentre comincia a scrollare dalle sue fondamenta, prepara forse domani co' suoi stessi elementi un nuovo trionfo all' umorismo (Hayem, Koster, Vulpian, Volkmann, Stendener, Waller, ecc.).

5.° L' azione fisiologica di un farmaco nulla mai ci dirà su la virtù curativa che esso possiede come rimedio della natura di una malattia; poichè lo antagonismo intimo fra malattia e farmaco non si può rivelare, che solamente nelle particolari condizioni fisico-chimiche, che distinguono lo stato morboso e che sono affatto diverse dalle condizioni fisiologiche.

6.° L' azione fisiologica di un farmaco può solamente condurre a fare la cura etiologica di una malattia quando si tratta di rimuovere con lo effetto ultimo e sensibile del farmaco una cagione venuta dall' esterno e che ancora rimane accessibile ed estranea alla costituzione dell'organismo (vomitare, purgare, causticare, ecc.).

Digitized by Google

7.° Il meccanismo dell'azione fisiologica di un farmaco raramente può additarci le sue virtù curative. Lo antagonismo che esso può presentare col meccanismo del processo morboso non è vero, che solamente quando si tratta di effetti: 1.° esclusivamente locali o divenuti generali, ma emananti da un punto solo; 2.° chiaramente noti nel loro meccanismo fisiologico; 3.° indipendenti da cagioni generali di natura specifica ed ignota. La cura che si ottiene da questo meccanismo, quantunque in alcuni casi efficacissima e sorprendente, non è però mai la cura del morbo.

8.° L'empirismo e poi il metodo sperimentale clinico sono le sole fonti delle grandi virtù curative, di quelle cioè che possono con facilità condurre alla guarigione, perchè combattono la natura del male e che, nè le dottrine patologiche, nè l'azione fisiologica dei medicamenti potrebbero mai far prevedere. Da queste fonti scaturì il mercurio ed il iodo per curar la sifilide e la china-china per guarire la infezione palustre, e da queste fonti l'umanità può solo sperare i veri rimedi del colera, del tifo, della febbre gialla e di tutti gli altri suoi inesorabili nemici, salvo a rassegnarsi di vederne sempre presentare dei nuovi, destinati a ricordare all'uomo, che la missione della medicina non è quella di assicurargli la immortalità.

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

PARTE TERZA

PROFILASSI DELLA PELLAGRA

Dire al colono che, se vuol premunirsi e guarire della pellagra, bisogna che mangi bene e beva meglio, è un affermare una verità, certamente, ma una verità inutile, dannosa anzi, e che piuttosto potrebbe dirsi una crudele ironia. Il poveretto, a cui noi dal comodo seggiolone diamo questo consiglio, non può metterlo in pratica, e, se lo potesse, non aspetterebbe, no certo, che glielo suggerissimo.

Se non che, intanto, da questa idea preconcetta e diffusa nasce un grandissimo detrimento; ed è, che quegli infelici smarriscono l'unica via attuabile per premunirsi dal male, e quando una volta ne sono colpiti, abbandonano ogni pensiero di cura, sapendo che quella unica, della buona dieta, non è alla loro portata, cosicchè in molti paesi, dov'io sono andato a studiare i pellagrosi, ho trovato i medici condotti ignorare perfino l'esistenza dei pellagrosi del loro villaggio, i quali si rivolgevano, per soccorso, non più all'arte medica, ma alla limosina del pubblico e del sacerdote.

Fortunatamente l'esperimento ci dimostrò (1) che la malattia della pellagra non proviene già dall'uso di sostanze troppo scarse di azoto, ma dall'ingestione del maiz affetto da una data malattia; e per quegli incrociamenti che non mancano mai quando si cammina nel vero, questa nozione ci venne or ora ribadita dalle analisi chimiche. L'illustre Letheby, a cui niuno vorrà negare massima autorità in quest'argomento, nei suoi recenti studi sugli alimenti, asseriva che, a condizioni pari, il maiz fornisce all'uomo, in rapporto al prezzo, una quantità d'azoto maggiore di tutti gli altri alimenti, il fagiuolo eccettuato. La stessa quantità d'azoto che l'avena, l'orzo e la segale forniscono all'uomo ad it. lire 1,90, il pane a 2,21, il riso a 3,80, le patate a 2,77, il latte a 7,39, il porco a 8,87, il maiz le fornisce a 1.08, come ben vedesi dalla seguente:

Tavola del valore nutritivo degli alimenti in rapporto al costo.

ALIMENTI	Carbonio in 453 gr. 59 c. d'alimento	Azoto in 453 gr. 59 c. d'alimento	Costo di 453 gr. 59 c.	Costo per settimana in rapporto al carbonio	Costo per settimana in rapporto all'azoto
	gr.	gr.	L. c.	L. c.	L. c.
Fagiuoli . . .	176.9	16,60	0,10	1,05	0,52
Maiz	182,9	8,00	0,10	1,02	1,08
Farina d'orzo .	176,9	4,55	0,10	1,05	1,90
» di segale.	172,9	5.73	0,125	1,35	1,90
» 2.ª di frumento	172,9	7,80	0,15	1,62	1,66
» d'avena.	182,0	9,10	0,20	2,04	1,90
Pane ordinario .	129,7	5,85	0,15	2,16	2,21
Riso	176,9	4,55	0,20	2,10	3,80
Patate	50,0	1,56	0,05	1,86	2,77
Rape	15,5	0,80	0,05	6,03	5,11
Insalate . . .	27,3	0,90	0,05	3.41	5,54
Carote	25,0	0,90	0,10	7,48	9,50
Zuccaro . . .	182,0	»	0,50	5,12	»
Latte	24,5	2,27	0,20	15,40	7,39
Formaggio . .	152,0	23,66	0,30	13,66	1,10
Fegato di bue .	79,7	13,65	0,30	7,03	1,90
Montone . . .	186,6	9,10	0,50	4,95	4,75
Bue.	149,6	11,37	0,80	9,96	6,05
Porco fresco. .	191,7	7,02	0,70	6,81	8,87
Pesce	58,5	8,45	0,20	6,38	2,04
Acciuga . . .	93,3	14,10	0,40	8,00	2,46
Grasso. . . .	306,0	»	0,70	4,26	»
Burro	306,0	»	0,60	9,76	»
Cacao	255,7	9,10	0,40	2,92	3,80
Birra	20,0	0,06	0,40	9.11	133,00

(1) Vedi Parte 1.ª, Sez. 1.ª

Digitized by Google

Ma, come tutto ciò non bastasse, e come non fossero bastati i lavori di Mulder, di Moleschott, per invalidare nelle basi quella teoria di Liebig su cui si fondano le ipotesi dei pellagrologhi nostri avversari, ora si aggiungono nuovi studi dei fisiologi, che completamente l'abbattono, poichè dimostrano non occorrere che siano azotate le sostante alimentari in genere, che producono la forza muscolare, bastando a sviluppare quella forza solo l'ossidazione dei carburi di idrogeno del sangue.

Traube, nel 1861, dimostrò che la forza muscolare deriva dall'ossidazione dell'adipe e degli idrocarburi, e non dall'ossidazione dei tessuti, e ciò venne confermato da Donders e Haidenham nel 1865.

Fick e Wislicenius, nel 1866, a Zurigo, salirono sul Faul-horn, a 956 metri sul livello del mare, per 31 ore di marce, senza prendere altro alimento che amido, grasso, e zuccaro, e provarono che senza alcun alimento azotato si può sostenere il corpo per un esercizio muscolare di breve durata, senza aumentare l'azoto dell'orina, anzi diminuendolo.

E se queste paressero osservazioni eccezionali, perchè riguardano un troppo breve spazio di tempo e un limitato consumo di forza, abbiamo le esperienze di Smith sui soldati, che dimostrarono come la più gran parte della forza muscolare derivi dagli idrocarburi del sangue, poichè, dopo l'esercizio continuo, si vede aumentare l'acido carbonico esalato da' polmoni, ma non la proporzione dell'azoto nell'orina. Abbiamo le recenti osservazioni di Voit e Ranke, che trovarono non esservi proporzione tra il leggero aumento d'urea, osservato dopo un dato lavoro, e la somma del lavoro muscolare effettuato nell'esperienze loro (1).

Dopo un simile accumulo di prove che, partendo da punti così lontani, sì bene collimano coi nostri risultati esperimentali, voler fondare un sistema profilattico sull'esclusione anche parziale dell'alimentazione carboniosa, e in ispecie di quella maidica, sarebbe non solo inattuabile, ma assurdo; tornerebbe contrario allo scopo prefisso.

Fortunatamente la cognizione che la causa della pellagra è solo il maiz ammorbato, semplifica assai e rende possibile la profilassi.

Dire al contadino che non mangi maiz, è dire che diventi ricco; ma impedirgli di mangiare una certa quantità di questo maiz quando è ammorbato, e consigliargli di immagazzinarlo e raccoglierlo in una data maniera perchè non ammorbi, questo non esce punto dalla linea del possibile.

Ecco quali sarebbero i provvedimenti da consigliarsi.

1.° Come bene opinava la Commissione piemontese, secondo i vari paesi, conviene adottare misure speciali; per esempio, sopprimere la coltivazione del maiz quarantino, laddove non possa maturare, o raccolto immaturo, non possa seccare. Nei terreni sabbiosi impedire la coltivazione del *maiz bianco* che vi riesce male; e impedire la coltivazione di ogni specie di maiz nei paesi montanini alpestri ove esso non può nemmeno in parte maturare. Nei paesi ove le pioggie sopravengono all'epoca dei raccolti, converrà istituire forni essicatori, aje di buone pietre, circondate da larghi portici, in cui ritirato il grano al sopravvenire dell'acqua, più facilmente poterlo riesporre al sole.

E circa questa operazione imitare l'esempio del Messico, dove si espone il maiz al sole e alla sera, sparito il sole, lo si ritira e ve lo si espone e prima e dopo la spannocchiatura.

Gioverà introdurre nei grandi possedimenti le macchine sgranatrici, e nei piccoli il gratugione, il quale non è che una gratugia in grandi dimensioni, che permette di operare la spannocchiatura, senza esporsi agli accidenti meteorici. Si aggiunga, che, come dicevanmi due grossi proprietari, questo sistema, permettendo di impiegare a questa operazione le donne, riesce di risparmio non lieve.

Nelle piccole proprietà gioverà la istituzione dei telai mobili, a cui appendere le pannocchie,

---

(1) L'acido carbonico esalato dai polmoni di un uomo:

Nel sonno	18, 98	per ora.
Seduto	32. 40	»
Dopo aver camminato 2 miglia all'ora.	70, 50	»
» » 3 » . . .	100, 54	»
Dopo aver fatto girare una pietra da molino per un'ora	189, 50	» (Smith)

Ranke, dopo aver digiunato 50 ore, studiò la quantità d'urea dell'orina sua dopo, prima e durante il moto, e notò:

	gr.
Prima del moto	1, 95
	1, 75
Durante il moto	1, 38
	0, 98
Dopo il moto .	1, 26
	2, 22

Voit tenne un cane a digiuno per 48 ore, poi lo fece camminare su una ruota, i cui giri erano misurati da apparecchio, e determinò l'urea escreta in 24 ore prima e dopo il moto:

innanzi al lavoro	durante e dopo
Urea	Urea
14, 3	16, 6
10, 88	12, 33
10, 9	11, 4
11, 0	11, 7

Digitized by Google

per essere soleggiate nei giorni sereni, come si usa in alcune vallate del Tirolo e della Toscana.

2.° Devesi poi cambiare completamente il sistema di magazzinaggio. Io ho percorso quasi tutti i principali depositi di grano pubblici e privati dell'alta Italia, nè mi riuscì di vedere (fatta eccezione di un magazzino istituito dagli Austriaci in Verona, e, sia detto a poca lode nostra, trascurato esso pure dalle nostre autorità), nè mi riuscì di vedere uno solo di quei congegni che pure hanno ottenuto l'approvazione di tutta Europa, e che non solo proteggono il grano dall'umidità, dalla fermentazione, dalle offese dei sorci, dei curculj (1), e degli alluciti, ma diminuiscono in proporzione straordinaria il prezzo della manutenzione: io non vi ho visto in opera nemmeno quei grossolani apparecchi che si usano dalle popolazioni semiselvaggie del Messico. Ho veduto, qua e là, delle eleganti tettoie di vetro, dei granai che potevano servire da salone o da teatro, spesso non foderati nemmeno di legno; ma in concambio non v'era in estate alcun grosso cumulo di granturco che non fosse in fermentazione, cui invano i custodi tentavano limitare colla ventatura e rivoltatura, quando pure vi era spazio per l'operazione. E noi osiamo vantarci un popolo eminentemente agricolo!

Due congegni dovrebbonsi introdurre da noi per ovviare a questo gravissimo inconveniente: l'apparecchio di Devaux e quello di Valéry.

Al primo devono gli Irlandesi, se dopo aver sostituito, in questi ultimi anni, l'uso del maiz a quello delle patate nella loro alimentazione, non contrassero la pellagra. Esso consiste in una serie di casse di latta, alte 15 metri, larghe 1,67, foracchiate da piccoli buchi come una schiumarola: e traversate dal basso in alto da un tubo di latta pure foraminulato. Siccome lo strato del grano che l'aria deve trapassare non è mai più profondo di 65 a 70 centimetri, l'aria lo percorre facicilissimamente, ed essa vien spinta da una macchina a vapore pel tubo. Il prezzo di questi apparecchi varia da 7 franchi a 8, 50 per ettolitro, all'incirca come i granai ordinari. Ma, mentre coi metodi ordinari di manutenzione si spendevano 1,50, e fino 3 franchi per ettolitro, senza ovviare ad una perdita dall'otto al sedici per cento pel grano avariato, corroso, od ammuffito, o per l'evaporazione che segue alla bollitura, qui la manutenzione costa per ettolitro soli 7 od 8 centesimi e non v'ha più perdita nel peso e valore del grano.

Ma altrettanto e forse più importante per i grandi proprietari sembra il granaio mobile, ventilatore, di Valéry.

Esso può, come ha constatato l'Accademia delle Scienze di Parigi e la Società Agricola di Francia, espellere in 3 giorni di rotazione e di aspirazione continua del ventilatore, cinque o seimila curculj da due ettolitri di grano; ed, in sedici ore, essicare completamente un grano così umido da essere aumentato del sedici per cento del proprio volume, salvandolo, nello stesso tempo, dai sorci e dagli uccelli, e facilitando le manovre di magazzinaggio, e permettendo una continua vigilanza del proprietario, senza che ne venga interrotta l'azione della ventilazione, poichè ogni compartimento si chiude a chiave. Un grano collocatovi umido e poi seccatovi, può durarvi due anni senza alterarsi, ed anzi assumendo quello che in commercio si dice *della brunitura*. Tale apparecchio, se della capacità di 1400 ettolitri, costa 6600 franchi, ossia 6. 60 per ettolitro utilizzabile. Ora il prezzo di un granaio ordinario per mille ettolitri, collo spazio necessario per la rivoltatura, è di 8. 30 per ettolitro. L'economia, poi, di manutenzione, che se ne ottiene, e così grande da parere, fino, problematica. La spesa dell'opera di magazzinaggio, ventilazione, ecc., con questo cilindro, starebbe a quella del magazzinaggio ordinario, pur troppo adottato in tutta Italia, nel rapporto di 1 a 560 se si usi il vapore per forza motrice della ventilazione, e di 1 a 56, senza il vapore; più, si scanserebbe la perdita del valore del grano per insetti, ecc., che ordinariamente è calcolata dall'8 al 12, al 16 % (Payen, *Précis de Chimie Industrielle*, 1865, Paris).

Quando l'igiene s'accoppia all'economia, e ad un'economia di tanto rilievo, il vantaggio mi par troppo grande perchè non si debba passar sopra a quella libertà economica, che qui si potrebbe chiamare libertà di star male. Io credo che farebbe bene il governo se, prendendo un'iniziativa troppo giustificata dalle necessità igieniche, obbligasse almeno tutti i municipi, che hanno grandi depositi di grano, ad adottare qualcuno di questi congegni. Noi in questo modo potremmo offerire il maiz a più buon mercato per due ragioni, per minori spese di magazzinaggio, e per la minore dispersione di sostanza che, in luogo di essere divorata dai curculj, dai sorci e dal penicillum, andrà tutta nei ventricoli umani.

Poter ribassare i prezzi del grano da 2 a 3 franchi per ettolitro, chi non vede quanto non gioverebbe, oltrechè direttamente, anche indirettamente al pellagroso, fornendogli modo di procacciarsi una più ricca copia di alimento?

Questi apparecchi, poi, dovrebbero adottarsi sulle navi da trasporto, che sono non ultima causa

(1) 24 curculj in una stagione sufficientemente calda proliferano 75,000 individui; ogni individuo divora tre grani, cosicchè 24 soli curculj consumano 9 chilogrammi su 75, il 12 %: poi s'aggiunga la perdita per la bollitura, poi si aggiunga quella per l'ammuffimento e quella pei sorci e altri animali granivori, e quella pei furti domestici.

Digitized by Google

del guastarsi dei grani, spesso esposti sopra-coperta alle pioggie, nè mai ventati e rivoltolati nel tragitto. Ricordiamoci che la ricrudescenza della pellagra in Italia nel 1853, si deve all'importazione del grano di Odessa, il quale si guastò nel tragitto, per le grandi pioggie cadute sulle navi di trasporto.

Per piccoli proprietari tali congegni potrebbero prendersi a nolo nella stagione della rivoltatura, come si usa di consimili macchine per la trebbiatura del riso, ecc. ovvero si potrebbero costrurre in più piccole proporzioni che riescirebbero ancora più economici, sostituendo legno nelle parti costrutte di ferro, sostituzione possibile, quando la capacità e il dispendio di forza motrice è già di molto ridotta.

Finalmente per i piccolissimi proprietari, per i fornai e mugnai si potrebbero adottare degli apparecchi più semplici, come quelli in uso nel Messico. Dei coni di legno, o di latta rovesciati, sospesi colla bocca in alto, forniti di valvola all'apice, donde estrarre il maiz, mano mano che sia richiesto dal consumo. Così una maggior quantità di grano si esporrebbe di più all'azione dell'aria, e si consumerebbe più presto quel maiz che, per esservi meno esposto, potesse guastarsi.

3.° Conviene introdurre nuove industrie col maiz; per esempio, diffondere maggiormente l'applicazione del maiz alla fabbrica degli spiriti, delle birre, e soprattutto all'alimentazione degli animali; e introdurre quelle nuove confezioni alimentari col maiz che tanto son gustate nell'America meridionale, come l'*atola*, la *chica*. Un'applicazione nuova sarebbe, quando nuovi fatti ne confermassero l'opportunità, quella del maiz marcito alla terapia di alcune affezioni cutanee ribelli: questa applicazione avrebbe il vantaggio di inculcare e di rendere più diffusa la nozione della influenza che può avere il maiz marcito nel produrre la pellagra, e gioverebbe, così, a dissuadere il volgo dal nutrirsene; perciocchè è ovvio comprendere, come una sostanza che serve da medicamento, debba possedere proprietà buone solo pei casi di malattia, e dannose nei casi di salute, così come successe, per esempio, della segale cornuta.

Questa applicazione, facilitando lo smercio del maiz marcito, renderà più restii i massari dal fornirne i loro dipendenti.

4.° Necessarissima cosa, poi, sarà pubblicare, o meglio, applicare le leggi contro la vendita e la macinatura di maiz ammuffito, sorvegliandolo con appositi ufficiali; opera, ora meno difficile, che, in grazia delle nuove leggi sul macinato, il governo ha l'occhio e il dito nelle bisogne non sempre nitide de' mugnai. La sorveglianza dovrebbe limitarsi all'epoca dei raccolti, nelle campagne, e all'epoca dei grandi calori nei grossi magazzini di grano dei capo-luoghi e delle città. I grani riconosciuti non risanabili dalle macchine ventilatrici, dovrebbero immediatamente essere spediti alle fabbriche di spirito, o distrutti. Gravi pene dovrebbero colpire i proprietari che obbligassero i contadini ad alimentarsi di maiz guasto, anche se frutto dei propri raccolti, ammenochè non gli facessero subire quell'unico processo che già vedemmo poter neutralizzare il veleno. E queste comminatorie dovrebbero pubblicarsi per ogni villaggio, ed appendersi alle mura della chiesa.

5.° Converrebbe istituire panifizi economici cooperativi tra i contadini, onde salvarli dalla rapacità dei fornai e dei mugnai.

Ma per prevenire le frodi dei mugnai e sopra tutto quelle dei fornai, credo che il miglior metodo sarebbe quello di far adottare un processo di confezione del maiz, il quale sottraesse l'infelice colono alle loro ingorde speculazioni. Il metodo, che si usa nel Messico, di far cuocere per 24 ore colla calce viva il grano, non mi è parso applicabile se non nei casi di maiz guasto, perchè il consumo del combustibile è grande, e un nuovo processo alimentare riesce applicabile solo se presenti dei vantaggi economici al confronto di quello già in uso. Io ho tentato un metodo misto, imitando in parte solo quello del Messico, e questo meglio parmi convenire anche alle scarse risorse economiche del nostro popolo.

Mi son fatto costruire un apparecchio di marmo greggio, alla foggia medesima di quello che adoperano i fabbricatori di cioccolata per triturare il cacao, ma più largo del doppio e di ⅓ più corto, e senza le striature traversali; e un cilindro o bastone pure di marmo greggio. Lasciato un chilogrammo di maiz per 18 ore in infusione in due litri d'acqua fredda e mezz'oncia di calce viva, e rilavatolo poi diligentemente e asciuttatolo, lo triturai su quell'apparecchio. Ne ottenni in un'ora di triturazione una polvere biancogiallastra, uniforme, come quella del molino ordinario, ed in cui le bucce facilmente separansi con una prima stacciatura. Impastai quella farina con sale e lievito in sottile strato, e collocatolo sopra una lamina di ferro, sotto cui erano disposte delle bracie, in un quarto d'ora ne ritrassi delle sfogliate, d'un sapore certamente migliore della comune polenta; collo stesso metodo, impastando la farina in più grosse focaccie, ne ottenni un pane, che resistette quattordici giorni senza ammuffire e guastare il suo sapore.

Certo, con questo metodo si ha una notevole perdita di tempo, forse non equiparabile dal guadagno che vi si fa in combustibile, ma certo così si evitano le spese di macinatura e di panificazione: si evitano le frodi dei mugnai e dei fornai; si evita di dover conservare a lungo la farina in casa, il che, come si sa, per la molta sostanza adiposa che essa contiene, facilita il suo inrancidimento; e si può avere un sostitutivo assai co-

Digitized by Google

modo, più igienico e assai più saporito del pane giallo, e che men facilmente ammuffisce (1).

Ma molti altri metodi, altrettanto economici, devono consigliarsi, e che sono in pratica fra i popoli maizofagi. Nelle stagioni molto piovose, quando si debba temere che il raccolto non possa asciugarsi, io consiglierei di usare di quel piatto eccellente che è il maiz immaturo, arrostito e bollito nel latte; e un altro piatto sarebbe quello che si chiama della lhucoca, e si confeziona così.

La pannocchia di maiz vien colta prima della maturanza, e vien sfogliata, o si lascia solo coll' ultimo invoglio, nel forno leggermente riscaldato, per 24 ore: indi si ricava, si pone al sole, e di nuovo asciuttata, si dà a mangiare.

O la minestra così detta di locro, che si fa inumidendo il grano, pestandolo in un mortaio, scorticandolo e mettendolo a cuocere nell' acqua con sale. O l' altra detta della Humita, in cui il maiz ancor tenero si pesta, si taglia, grano per grano, col coltello, e, impastato, se ne fa pane.

Si deve ad ogni modo impedire che si facciano coi metodi ordinari *pangiallo* troppo grosso, essendo appunto i più grossi men facilmente riscaldabili e più inclini ad ammuffire.

6.° Ma pur troppo bisogna prevedere il caso che tutte le misure profilattiche proposte non approdino, e che sia impossibile impedire l' uso della polenta ammuffita. In questi casi si deve imitare il processo messicano già descritto nella prima parte, e dopo aver bollito il grano colla calce viva, per 24 ore, a 120° R., conviene arrostirlo nel forno, triturarlo, e la polvere, sciolta nell' acqua o impastata come pane, non riuscirà più di nocumento; e s' aggiunga che con ciò l' alimento acquista miglior sapore, e si può conservare assai più che non l' ordinaria farina di polenta; se non che qui grande è la perdita di tempo per l' operazione, e grande è la spesa del combustile.

7.° Appena si sviluppino i primi sintomi gastrici e nervosi della pellagra nel contadino, immediatamente il medico dovrà sottoporlo all' uso di quelle sostanze che meglio corrispondono alla cura della pellagra, e sono, come vedremo poi (1), l' acido arsenioso se adulto, il cloruro di sodio se bambino, ecc., comechè nei primordi i sintomi pellagrosi sieno facilissimamente domabili, come lo sono quasi tutti gli avvelenamenti cronici, e diventino restii alle cure solo quando la infezione sia lasciata invadere, senza ostacolo, per troppo tempo.

Sarà forse troppa pretesa la nostra di esigere che si pratichi per la pellagra come per il vaiuolo, e per la sifilide? Nell' interesse economico dei Comuni non gioverà egli, lo stabilire delle piccole ambulanze, dei piccoli ospedali provvisori, per arrestare il male ne' suoi primordi, per impedirne la diffusione e l' eredità? Questi individui, che la spesa di poche lire, qualche volta di centesimi, può rendere alla società e al lavoro, non riuscirebbero poi a carico per centinaia di lire al Comune, quando il loro male sia diventato incurabile? E qui ricordo un progetto del governo austriaco, che meriterebbe esser preso in considerazione dal nostro: quello delle *giunte comunali per soccorrere i pellagrosi a domicilio*, e dipendenti dalle Delegazioni provinciali.

8.° Quando la miseria costringa, ad ogni modo, a ricorrere al maiz ammuffito, per vivere come, per esempio, dopo inondazioni che abbiano guastato enormi provviste, se i metodi profilattici sopraddescritti non abbiano potuto, ancora, popolarizzarsi o attuarsi, non ci resta altro che a promuovere l' emigrazione nelle terre più fortunate del sud, ed anche in America. Questa misura, soltanto, può eguagliare le condizioni del contadino lombardo a quelle del ligure, che in una terra sì povera, pure campa tanto meglio. Così, si premuniscono dagli effetti della miseria gli emigranti, e facilitando il rialzo del prezzo del bracciante, si migliora la condizione di coloro che restano.

9.° I figli dei pellagrosi ed i pellagrosi guariti sieno di preferenza incorporati nella milizia, o consigliati ad emigrare nei siti immuni dalla pellagra, ed a premunirsi soprattutto dall'alimentazione di maiz ammuffito, alloggiandosi, per esempio, come servi presso persone di città, e si sconsiglino i matrimoni fra i pellagrosi.

10.° Si cerchi di diffondere, il più presto, queste nozioni profilattiche e terapeutiche nelle popolazioni agricole. È una proposta questa non nuova, e già il Coletti, anzi prima assai di lui

(1) Mi si obbietterà che con questo metodo si verrebbe ad istituire o favorire il contrabbando alle leggi sul macinato: facciamo notare, però, che fra i popoli della Sardegna si usa ancora la macina a domicilio; che la legge sul macinato, così come è dettata, non fu applicata, come io verificai presso molti mugnai dell'Alta Italia; ch'essa va, certo, a risolversi in una tassa di macinazione, e quindi si potrà applicare, per esempio, anche sui cilindri in questione. Un obbiezione più grave potrebbe farsi al quarto metodo, che esso si opponga a quella divisione del lavoro che è riconosciuto tanto necessario all' umano progresso. Rispondo: che si può far eseguire questa operazione dalle donne e fanciulli nelle lunghe notti di inverno e che ad ogni modo lo si propone per impedire, le frodi dei mugnai. Devo aggiungere che questo metodo non è completamente nuovo in Italia. In alcuni distretti di Sardegna (all'Isola Maddalena) si usa bollire il maiz colla cenere di legno di vite e poi sbatterlo in sacchi, rilavarlo e quindi mangiarlo nella minestra e farne pane.

(1) Vedi Parte 5.ª

Digitized by Google

il Fanzago aveva consigliato e tentato attivarla, e non vi è mancato in ultimo il Ballardini colla sua bellissima *Igiene dell' Agricoltore*. Se non che, pur troppo, tutti questi egregi hanno dimenticato che i libri nostri, per quanto si cerchino di rendere popolari, non sono pane pei contadini. Molti forse ignorano che il mondo del popolo, del contado in ispecie, ha una letteratura sua particolare, a cui solo s' affida, diffidando di tutte le altre; è una letteratura che tiene ancora della canzone selvaggia, della tradizione illetterata, a cui, solo da alcuni anni, si concede l' onore della stampa in certi foglietti magri, sconci, e che pure formano le delizie del popolo; letteratura che ha nel *Guerrino Meschino* il suo Orlando e nel *Bertoldino* il suo Dante. — È questa la forma che bisogna sciegliere per propagare queste nozioni, quando non si voglia ricorrere ad un' influenza ancora più potente, alla parola venerata del sacerdote. — Io ho tentato appunto questa forma e non so poi se vi riescii: certo però nè diffusi fra le plebi agricole 10,000 esemplari (1).

Pur troppo però, per quanto queste misure profilattiche appaiano assai più attuabili delle consigliate da prima, chi è pratico delle nostre condizioni non può lusingarsi di vederle messe in opera, almeno con quella energia che il caso porterebbe: da un lato l' indifferenza governativa per quanto non sia d' interesse politico, il poco ascolto concesso ai nostri consiglieri di sanità pubblica; dall' altro la cocciutaggine del contadino, l' indifferenza dei filantropi e l' interessata complicità dei proprietari, l' impotenza e la poca autorità dei medici delle campagne, sono ostacoli, innanzi a cui un uomo pratico deve crollare la testa, deplorando tra sè e sè la colpevole negligenza di tutti, e sopra tutto, di coloro che si proclamano gli amici del popolo. Oh sì! mi si permetta questo libero sfogo del cuore. Quando io visitava le campagne di Lombardia e del Veneto, guaste dalla pellagra fino nelle nascenti generazioni; quando io vedeva i contadini rifiutarsi ai miei consigli, e sospettarne come di un malefizio, ed intanto i grandi ospedali di Lombardia respingere l' accettazione dei pellagrosi, o limitarla a così brevi tratti da non bastare nemmeno ad iniziarne la guarigione, io mi risovveniva come, molti anni sono, non dei filantropi concittadini, ma dei despoti stranieri aveano piantato nel centro della Lombardia, è dato in mano al grande Strambio un ospizio per la sola cura dei pellagrosi. Ricordando tutto ciò, molte volte mi sentii scoppiare dal petto un senso di sdegno contro i pretesi filantropi, meglio declamatori, saliti al seggio ora della bisogna pubblica, affaccendati a proteggere gli arfasatti e sbraitanti lazzaroni dei caffè e delle bettole cittadine, i quali per loro costituiscono tutto il popolo, e che nulla fanno per sollevare dalla triste endemia, che li uccide o li sforma nel nascere, questi troppo modesti figli della terra, che pure formano la più laboriosa, certo la più utile falange del popolo. Nulla di strano, che queste classi, dimenticate tanto da noi, ci sconoscano alla lor volta, esse, che non videro mai rivolti, a loro pro, gli sguardi cittadini.

Bisogna, adunque, per riuscire a persuadere il contadino, riuscire a conquiderne l' animo, e meritarcelo coll' istituire magazzini cooperativi, piccoli ospedali di villaggio e piccole banche mutue, e cure a domicilio.

Che se si debba far senza del suo concorso, come pei primi anni pur troppo sarà forza, converrà ricorrere alla mano governativa. Ad ogni modo, questa non andrebbe a rischio di offendere quelle leggi di libertà di scambio, che pur sono rispettabili quanto i principi d' igiene, perchè qui non altro occorrerebbe se non di applicare i regolamenti esistenti. Una volta dimostrato che il maiz ammuffito è un veleno, il governo è in diritto, ed anzi in dovere, di agire rapporto a questo come colla segale cornuta e colle carni guaste e trichinate, di cui tutti convengono si debba vietare lo spaccio.

Nè senza un energico sforzo di repressione si si potrà mai sradicare lo spaccio di questa sostanza venefica, favorito, come egli è, dall' avidità dei proprietari, dall' ignoranza, dalla docilità o dalla malizia dei contadini, e consacrato da un uso tanto inveterato.

D' altra parte, una volta che il proprietario trovi un ostacolo insuperabile allo spaccio del maiz venefico, nel proprio interesse cercherà modo di impedirne l' ammuffimento, di introdurre aie di pietra, forni essicatori, macchine ventilatrici (di Valéry ecc.).

L' avarizia, la docilità o l' ignoranza del contadino, una volta che dalle misure governative questo sia messo in avvertenza sopra i danni del maiz, saranno vinte dalla paura della morte o di una cronica malattia, sicchè vi provvederà col rifiutar recisamente il grano ammorbato, denunciandone gli offerenti all' autorità, e colla maggiore accuratezza ed onestà nei raccolti, o, alla peggio, colla emigrazione, ultima valvola di sicurezza, in questo caso, tra l' igiene ed il libero scambio.

(1) Dialoghi popolari sulla pellagra. Milano 1870.

Digitized by Google

La pigmentazione cutanea nella tubercolosi miliare

NOTA

DEL

Dott. ERCOLE GALVAGNI.

Nell'anno 1866 osservai nel mio servizio dello Spedale Maggiore, a poca distanza l'uno dall'altro, due casi di tubercolosi miliare con pigmentazione cutanea assai estesa e marcata, ambidue in giovani ragazze. La prima di esse, essendo morta subito il giorno dopo il suo ingresso nello Spedale, non fu vista da me che una sola volta, e feci la diagnosi di tifo, che non fu confermata dalla necroscopia. Pochi giorni appresso entrò la seconda ragazza, con un apparato di sintomi abbastanza somigliante al primo caso, e del pari colla pigmentazione cutanea. Messo in guardia da questo, e fatto un più attento esame dei fenomeni, posi la diagnosi di tubercolosi miliare, che la necroscopia certificò.

Io sapeva, un po' vagamente però, che taluno aveva notato il presentarsi di pigmentazioni cutanee nella tisi polmonare; ma nella tubercolosi miliare non sapeva, nè so che si sia osservato altrettanto. Avvegnachè ciò solo bastasse per farmi ritenere non improbabile, che fra la tubercolosi miliare e la pigmentazione cutanea corresse un qualche rapporto, nullameno non pubblicai i due casi cennati, all'uopo di recare alcuni argomenti di prova per questo punto speciale di clinica, poichè aspettava di imbattermi in altri congeneri. Questo però non essendo accaduto, e d'altra parte essendomi capitata ultimamente la interessante memoria del Dott. Jeannin, col titolo « *Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire.* Paris 1869 », la quale ha precisate ed allargate le mie cognizioni su tale soggetto, ho creduto di non più ritardare a rendere di pubblica ragione i miei due casi, anche perchè essi non perdano quel tanto di novità, che nella ipotesi che io mi fossi apposto al vero, potrebbe loro spettare.

Prima di venire alla descrizione di questi, premetterò un breve sunto di tale lavoro, che è di troppo recente pubblicazione, perchè sia giunto a notizia della più parte dei medici.

La scoperta di Addison chiamò naturalmente l'attenzione degli osservatori sopra un gran numero di coloramenti epidermici, che fino allora erano rimasti inosservati. La pigmentazione facciale nei tisici, la *maschera dei tisici*, che è tutt'altro che rara, non era però del tutto sfuggita ai medici dei tempi remoti infino a noi; e di fatto sotto il nome di *cloasma cachettico*, *chloasma tabescentium*, *pytiriasis tabescentium*, *cute terrea o plumbea del viso*, si potrebbe scorgere negli autori l'idea della maschera dei tisici; ma niuno di essi l'aveva menzionata con parole abbastanza precise. Solo il Luton nel 1856 la segnalò con chiarezza alla Società di Biologia di Parigi (1), riportando un'osservazione relativa, e promise di presentare su questo argomento un lavoro più esteso, promessa che non ha mantenuto. Alcuni casi, presentatisi nel servizio del Dott. Perroud di Lione, hanno fornito al suo assistente Dottor Jeannin il tema della sua importante memoria.

Un certo numero di infermi di tisi pulmonare presentano alla faccia dei coloramenti pigmentari, che simulano abbastanza bene la *maschera delle donne incinte*. Talvolta queste macchie si ritrovano parimenti sulle mani; di rado la pigmentazione si generalizza al punto da occupare tutta la superficie della cute, *giammai invade le mucose*. Questo coloramento patologico è reale; esso è permanente, ed affatto indipendente dalla tinta cianotica, dalla iniezione vascolare sì frequente al finire della maggior parte delle malattie asfittiche. È quasi sempre sulla faccia che cominciano a deporsi, con perfetta simmetria, delle macchie di color giallastro terreo, talfiata bruno chiaro, dapprima sul dorso del naso e sulle sue faccie laterali, poi sulle guancie e sulla fronte, facendosi mano mano più scure le antiche; in principio separate, in pochi giorni si moltiplicano talmente, fino a confondersi: formatasi la maschera, essa si arresta bruscamente nel contorno delle orbite, e si arresta pure, ma sfumando, a poca distanza dei capelli e della barba. In due casi il Jeannin l'ha vista circoscriversi alle guancie soltanto. Rispetto alle altre parti del corpo, esso autore ha notato una sola volta un lieve coloramento della linea alba in una donna, che non era mai stata gravida, ed un'altra volta una pigmentazione generale; nel fatto di Luton le mani erano colorate come il viso. L'evoluzione completa della pigmentazione in un caso si compì in soli 15 giorni, negli altri in parecchi mesi.

La pigmentazione cutanea della tisi pulmonare differisce dalla *lentigo* in ciò, che questa è caratterizzata da piccole macchie rosse o giallastre, abbastanza nettamente delimitate, del volume di una lente, le quali non si fondono mai in una tinta continua. — *La macchia bronzina solare* (hâle), che forma invece uno strato pigmentario continuo, dovuto probabilmente all'azione dei raggi solari chimici (Charcot), è fenomeno passeggiero, e si osserva in soggetti sani. — Le *macchie* (crasses) *parassitarie* presentano desquamazione e prudore.

(1) Mémoires de la Société de Biologie, année 1856, pag. 241.

Digitized by Google

e sono dovute alla presenza di una microspora. — La *maschera delle donne incinte*, che si manifesta ancora nelle ragazze amenorroiche e nelle dismenorroiche non mai state incinte, offre grande analogia colla maschera dei tisici, ma predomina sulla fronte, ed è più irregolare nella sua evoluzione, meno simmetrica nella forma, e nel suo summum è forse di un colore più carico. — Quando la pigmentazione è generale, può darsi che si abbia a differenziare la pigmentazione dei tisici da quella della *malattia d'Addison*, al qual uopo servirà da un lato la esistenza dei segni della tisi pulmonare, e dall'altro il mancare dell'abbastanza caratteristico apparato fenomenico della malattia d'Addison. — Il *cloasma cachettico*, al quale appartiene la maschera dei tisici, si riscontra ugualmente nei cancerosi, nei sifilitici, nella cachessia paludosa, e forse in altre malattie ancora, ma finora mancano nella scienza i dati differenziali.

Fra le circostanze che accompagnano la formazione delle pigmentazioni cutanee nei tisici vi hanno queste due principalissime, che esse non compaiono che al terzo grado della tisi, e si sono trovate in infermi, che non avevano presentati accidenti emorragici gravi (*epistassi*, *emottisi*), nè diarree incoercibili; e così sembra esistere un antagonismo fra le pigmentazioni e le emorragie nei tisici, fatto che trova il suo riscontro in quello rimarcato da Rayer e da altri, cioè nella frequenza dei depositi pigmentari cutanei nelle donne, quando si sopprime o si modifica una emorragia interamente fisiologica, come la mestruazione.

Nell'esame microscopico del sangue dei tisici a pelle bronzina sempre fu constatata l'assenza delle granulazioni pigmentarie.

Le necroscopie comparative fatte dall'autore hanno offerti i dati seguenti pei tisici affetti da pigmentazioni cutanee:

1.° Disorganizzazione pressochè completa dei due pulmoni; le lesioni, di cui erano affetti, sembravano appartenere alla pneumonite caseosa;

2.° Degenerazione ipertrofica assai marcata della milza;

3.° Stato caseoso generalizzato dei gangli linfatici;

4.° Lesioni moderate del fegato;

5.° Integrità perfetta delle capsule soprarenali.

D'altra parte le lesioni presentate all'autopsia dai tisici senza coloramenti pigmentari si riassumono così:

1.° Lesioni dei pulmoni spesso meno profonde, e che parevano appartenere a diversi generi di tubercolosi;

2.° Milza d'ordinario sana, talvolta un po' congesta, ma non degenerata;

3.° Stato caseoso dei gangli linfatici o nullo o meno pronunciato che nei tisici con pigmentazioni;

4.° Il fegato per solito ipertrofico e grassoso;

5.° Le capsule soprarenali erano sane.

Se si ravvicinano questi risultati delle osservazioni necroscopiche dell'autore a quelli spettanti ad un caso di Féréol di *adenia linfatica accompagnata a coloramento bronzino della pelle*, raccolto e pubblicato da Niezskowski (1) (fatta astrazione dalle lesioni proprie alla tisi pulmonare, che in questo non esistevano), si riscontrano come lesioni comuni: un'alterazione generale e profonda del sistema linfatico ganglionare, marcate lesioni organiche della milza, e nel tempo stesso perfetta integrità delle capsule soprarenali. Ora non è egli permesso di credere, che la vicinanza di grosse masse ganglionari agisca sul plesso solare, donde eccitamento al sistema vaso-motorio, e conseguente iperemia pigmentaria, nella guisa stessa come, secondo la teoria Martineau-Jaccoud, avverrebbe nella malattia d'Addison per la lesione delle capsule soprarenali?

Il coloramento anormale della faccia non è dovuto alla presenza di un qualche parassita.

L'esame microscopico della pelle dimostra, nei coloramenti che si circoscrivono nel viso, un accumulo di granulazioni pigmentarie, che non oltreppassa il reticolo malpighiano. Nei casi di coloramenti un po' più estesi si trovano talvolta le stesse granulazioni nelle parti superficiali delle papille; ma quando la pigmentazione si generalizza su tutta la pelle, queste granulazioni vi si mostrano in tutti i suoi strati, e possono accumularvisi in grandi masse.

Sulla natura di questo pigmento due teorie possono essere sostenute con appoggio di prove: si può considerarlo come pigmento *grassoso*, o come pigmento proveniente dalla decomposizione dell'*ematina*.

Ora vengo alla descrizione dei casi che mi appartengono.

1.° **Caso.** — Romandini Gertrude di Bologna, d'anni 22, lavandaia, nativa delle montagne della provincia bolognese, entrava nello Spedale Maggiore nella sera del 9 Febbraio 1866.

Nulla si sa di essa fino circa al suo 23.° anno, epoca in cui venne a Bologna forse per la morte avvenuta dei suoi parenti, e si pose al mestiere di servente lavandaia. Da suoi padroni ho appreso che la ragazza era buona lavoratrice, ma che però di tempo in tempo, ad onta di una apparente salute, si lamentava di doglie ai costati, ed erasi fatta di umore bisbetico, e taciturna. Le mestruazioni erano assai irregolari, e talora mancavano del tutto; di quando in quando aveva epistassi abbastanza profuse. — L'ultima malattia cominciò circa un mese prima di ricoverarsi nello Spedale, e durante questo periodo di tempo si tenne quasi sempre in letto con febbre e tosse.

(1) Gaz. des Hôpitaux, 2-5 Nov. 1867.

Digitized by Google

Entrata nelle mie sale la sera del 9 Febbraio, nel mattino seguente io la vidi a fine di visita, e non parendomi l'esame urgente, lo rimisi al giorno venturo. Intanto ad uno sguardo superficiale offriva l'aspetto di un tifo addominale: febbre, delirio, assopimento, perdita involontaria delle feccie e delle orine; la febbre però non era molto forte (temp. 39), non violento il delirio. Ciò che mi fece grande impressione si fu il coloramento nerastro carico di alcuni tratti della pelle, massime delle dita delle mani, del ventre lungo la linea alba ed attorno l'ombellico, delle mammelle, dell'alto delle coscie; il restante della pelle era bruno fuor dell'ordinario, ed i capelli nerissimi. — Moriva il mattino dell' 11 prima della visita.

La *necroscopia* mostrò una tubercolosi miliare assai diffusa, ed alcune cavernuole agli apici dei pulmoni. Capsule soprarenali sane. Mancavano i segni di parti preceduti.

Non posso dare maggiori ragguagli, perchè non presi nota della sezione.

Non ho potuto accertarmi, se la pigmentazione cutanea erasi mostrata solo durante il decorso della tubercolosi miliare, ovvero se vi preesisteva, svoltasi come conseguenza della tisi pulmonare antecedente.

Parimenti non ricordo in quale stato si trovassero le glandule linfatiche, e più precisamente quelle che avvicinano il plesso solare; però potrei senza esitanza asserire, che mancavano alterazioni rilevanti di esse glandule, le quali non sarebbero sfuggite alla mia attenzione nell'atto che correva alla ricerca delle capsule soprarenali.

Come fatto di qualche rilievo, fra i sintomi dell'affezione pulmonare pregressa alla tubercolosi miliare, ho a notare la esistenza di copiose epistassi, le quali secondo Jeannin figurerebbero in mezzo ai fenomeni iniziali della tisi pulmonare. Su tale punto il fatto collima coll'opinione di di questo autore; ma verrebbe infirmata invece l'altra sua opinione, secondo la quale esisterebbe un antagonismo nella tisi pulmonare, fra gli accidenti emorragici (epistassi, emoptoe) e la pigmentazione cutanea.

Da ultimo è degno pure di rimarco in questo caso, che mancava una distinta maschera facciale, essendo la pigmentazione prevalente in altri punti del corpo; dove nelle osservazioni di Jeannin la faccia è stata quasi sempre l'unica sede della pigmentazione, e quando mai il luogo di predilezione.

2.° **Caso.** — Neri Pia, nata e domiciliata a Bologna, d'anni 17, cordaia, entrata nello Spedale Maggiore il 5 Aprile 1866. — Genitori e fratelli sani. — Costituzione robusta; abitudini buone. — Due anni prima ebbe emoptoe non seguita da febbre, a quanto essa dice, e d'allora in poi aveva tosse di tratto in tratto, e massime nell'inverno antecedente. Da bambina aveva cute di colore non molto bruno, ed imbrunì solo negli ultimi anni e rapidamente, tantochè uno dei fratelli, dopo una non lunga assenza da Bologna, al primo istante non l'ebbe più a riconoscere pel cangiato colorito cutaneo. Avanti di ammalare era molto pingue, con ventre voluminoso. Un mese prima di entrare allo Spedale cominciò ad avere calore febbrile alla sera, con tosse, per cui il medico diagnosticò una bronchite acuta; nelle ultime giornate accusava dolore al ventre, e si allettò per debolezza estrema. Dopo due giorni di letto venne accolta nello Spedale (5 Aprile).

Capelli nerissimi, lunghi, copiosi; pelle estremamente bruna ovunque, bruno-nerastra in forma di macchie punteggiate attorno all'ombellico, nell'areola delle mammelle, al collo, alle pieghe inguinali, alle dita delle mani e dei piedi; linee cicatrizie nella cute della parte superiore esterna delle coscie, massime della destra, ed alla piega dell'inguine; musculatura forte; scheletro proporzionato; adipe abbondante e consistente; mucosa buccale pallidissima, denti impaniati, lingua con intonaco giallastro. — Intelligenza intatta, tranne un po' di tardità nel rispondere.

Alla percussione del torace si rileva suono corto ai due apici dei pulmoni anteriormente, più però a destra che a sinistra; negli altri punti normale. — Alla ascoltazione respiro interrotto nell'atto inspiratorio, rantoli umidi agli apici ed alle basi posteriormente.

Addome tumido, però cedevole alla palpazione, poco dolente. — Alla percussione fegato e milza appaiono di volume normale.

7 Aprile. — Polso 118, resp. 30, temp. 39 ¾. — Evacuazione involontaria delle urine (non furono esaminate) e delle feci, che erano di color verde scuro, semisolide, figurate.

8 Aprile. — Gli stessi fenomeni; puls. 116, resp. 32. — Le vien prescritta un pillola di digitalina. — Vomito alla sera; dolore di capo; avvallamento del ventre; niuna evacuazione alvina.

9 Aprile. — Gli stessi fenomeni; puls. 120, resp. 24. — Due aspersioni fredde. — Nella sera accusa vista incerta, abbarbagliata; occhio sinistro semichiuso, immobile; ha avuto una evacuazione alvina.

10 Aprile. — Gli stessi fenomeni di ieri; puls. 85, resp. 26. — Seguita l'uso della digitalina e le aspersioni.

11 Aprile. — Vomito replicate volte; l'occhio sinistro chiudesi sempre più; fisonomia abbattuta; pareti addominali fortemente contratte; si stanca molto a star seduta sul letto. Temp. 42; mezz'ora dopo l'aspersione 40.

13 Aprile. — Strabismo interno dell'occhio sinistro, sollevando la palpebra paralizzata; denti

Digitized by Google

fuligginosi; polso dicroto. Temp. 42 ¾, dopo l'aspersione 40.

14 Aprile. — Delirio, vaniloquio.

15 Aprile. — Morte.

Necroscopia. — L'apparenza esterna del cadavere è quale la suddescritta; pupille dilatate.

Capo. — Aderenze lungo la falce fra la dura madre e l'aracnoide. — Alla base del cervello scarsissimo essudato lungo i vasi; essudato sotto aracnoideo. Alcuni piccoli granuli tubercolari alla gamba sinistra del cervello. — Incidendo la sostanza cerebrale, evvi poco siero nei ventricoli laterali, pochi granuli tubercolari nella tela coroidea, edema con rammollimento nelle pareti dei detti ventricoli, massime ai talami dei nervi ottici.

Petto. — Nessuna raccolta di siero nelle cavità pleuritiche; molti granuli sparsi sulle pleure costali superiormente, massime a destra, con aderenze ivi stesso. — Superficie pulmonare anteriore di color roseo incarnato, pallida in basso; la posteriore livida, con qualche chiazza ardesiaca; pochi granuli tubercolari sotto la pleura viscerale in avanti; ecchimosi sottopleuriche anteriormente in rispondenza dei solchi, che separano i lobi dei pulmoni, le quali si approfondano nei solchi, le cui faccie sono aderenti, e presentano grandi accumuli di granulazioni; tutto ciò più a destra che a sinistra. — Pulmoni crepitanti sotto la pressione delle dita, meno però nelle parti posteriori inferiori. Nell'acqua galleggiano tanto se interi, quanto se tagliati a pezzi. All'apice del polmone destro anteriormente accumulo di granuli abbastanza rilevante; copia maggiore di essi ai due apici posteriormente. — Bronchi con mucosa molto iperemica, ripieni di liquido spumoso. — Le glandule bronchiali dell'ilo pulmonare, e quelle specialmente dell'aspera arteria, tubercolizzate, ed una di esse convertita in una cavità, contenente un liquido coll'aspetto di pus. — La superficie del taglio dei pulmoni lascia fluire una grande copia di liquido spumoso, rimanendo lucente e seminata di granuli della grandezza di quelli di miglio, bianco-grigi, duri, non molto confluenti, enucleabili. — Cuore con carne muscolare pallida, forma e grandezza normale; normali pure le valvole, gli orifizi ed i grossi vasi. — Al microscopio non apparisce degenerazione grassosa delle fibre muscolari.

Addome. — Deposizione confluente di tubercoli a tutta la volta diaframmatica, di colore tendente al giallastro, poco rilevati, a base molto larga (3-5 millim.) e a forma non regolarmente rotonda. — La milza aderente in tutta la sua superficie, di grandezza normale, seminata di fuori e sulla superficie del taglio di una quantità straordinaria di tubercoli miliari, con capsula abbastanza resistente e polpa friabilissima. — Sulla superficie convessa del fegato alcuni rarissimi tubercoli miliari; normale il volume e la forma dell'organo; flaccidezza marcata. Al taglio apparisce di colore piuttosto pallido, le due sostanze non sono marcatamente distinte. All'esame microscopico infiltrazione grassosa delle cellule, le quali non sono punto gonfie. — I reni di grandezza e forma normale; al taglio si offrono più pallidi. — Le capsule soprarenali sane sia all'esame macroscopico che microscopico. — Lo stomaco e gli intestini non mostrano nulla di notabile. Parti genitali in istato di perfetta verginità.

Alcuni pezzi di cute, esaminati al microscopio, mostrarono la deposizione di granuli e di ammassi pigmentari nel reticolo malpighiano.

Questo secondo caso rassomigliando moltissimo al primo, per esso valgono le medesime considerazioni, ed aggiungasi che in ambedue fu esclusa la possibilità di una gravidanza preceduta come causa della pigmentazione del ventre e delle mammelle. Qui però sappiamo in modo positivo, che la pigmentazione cutanea esordì prima assai dello sviluppo della tubercolosi miliare, per cui il caso va avvicinato a quelli di Jeannin, quantunque in esso non vi fosse, come pure nel primo, una maschera facciale ben distinta. Per ispiegare la mancanza di questa non vi sono che due vie, - o ammettere che la maschera non si produca o meglio non risalti su certe pelli estremamente brune, come quelle delle due indicate ragazze, - oppure che lo svolgersi della tubercolosi miliare dia luogo a nuove e più generali deposizioni di pigmento, le quali facciano scomparire quelle delimitazioni che per avventura esistevano prima. Le indagini anamnestiche da me fatte per dilucidare questo punto, non mi hanno fornito dati che mi autorizzino a pronunciarmi piuttosto per l'una che per l'altra supposizione.

Contro la citata opinione di Jeannin sull'antagonismo fra le pigmentazioni nella tisi e gli accidenti emorragici, qui abbiamo l'emptoe, per cui sembra a me che questo antagonismo per lo meno non sia assoluto.

L'alterazione delle glandule linfatiche esisteva, ma in quelle del petto soltanto, e così non è applicabile in questo caso la teoria, che vuol ripetere la pigmentazione dall'irritamento esercitato sul plesso solare da grosse masse di glandule esistenti sul ventre.

Concludendo dirò, che queste due osservazioni debbono porsi naturalmente a fianco di quelle del Jeannin, ma che però valgono a farne dubitare sulla preminenza accordata da esso alla maschera facciale sulle altre sedi della pigmentazione, e sul valore di esclusione degli accidenti emorragici (emoptoe, epistassi) inverso alla pigmentazione nella tisi pulmonare. D'altro canto fanno poi intravvedere la possibilità che la tubercolosi miliare, che si svolge sopra un individuo tisico, portante

Digitized by Google

o no qualche grado di pigmentazione cutanea, possa nel suo decorrere produrre una maggiore generalizzazione di una pigmentazione preesistente, od anche originarla per fatto proprio.

Come corollario a queste conclusioni, pongo in mostra l'importanza che può avere in alcuni casi *la pigmentazione cutanea come nuovo segno differenziale fra tubercolosi miliare e tifo.*

Su alcune alterazioni delle glandule linfatiche

OSSERVAZIONI

DEL

Dott. Cav. GIUSEPPE MILANI.

Nella mia Memoria sulla scrofola premiata dal R. Istituto Lombardo dovei naturalmente parlare delle alterazioni cui vanno soggette le ghiandole linfatiche in causa di questa diatesi. Ma il breve tempo di cui poteva disporre mi costrinse a tagliar corto, e non potei quindi trattare un po' per disteso l'argomento che pure è di alta importanza. D'allora feci il proposito di occuparmi seriamente di esso, raccolsi quanti gangli alterati nella mia pur troppo limitata sfera potei trovare nei cadaveri ed estirpare ai viventi e conservarli nell'alcool onde esaminarli al microscopio quando fossero bene induriti. Ma la bisogna è molto difficile e non ne sarei venuto a capo se non avessi avuto la fortuna di trovarmi durante le ferie autunnali col Prof. Bizzozero che mi diresse nel delicato esame, col consiglio e coll'opera.

Le alterazioni glandolari che mi fu dato finora d'avere sott'occhio si limitano alla pimmentazione, all'alterazione scrofolosa, al linfosarcoma, alla tubercolosi, al sarcoma. Di queste ora rendo conto, riserbandomi a parlare delle altre quando ne avrò raccolto un sufficiente numero di esemplari ed istituite le opportune indagini.

Pimmentazione.

Degli autori da me consultati chi meglio e più diffusamente ne parla è il Förster, che nella sua Anatomia patologica scrive (1)..... La pimmentazione incomincia quale diffusa infiltrazione di materia colorante del sangue, quindi formansi bruni e gialli granuli di pigmento, più di raro cristalli di ematoidina e finalmente grani neri. Essi compaiono prima nella capsula e nei sepimenti, quindi nelle ampolle; in parte liberi, in parte entro le loro cellule. In ciò soffre specialmente la periferia dell'ampolla; di rado l'intiera sua estensione. Nella sostanza midollare la pimmentazione si restringe ai canali linfatici: i seni linfatici ed i passaggi cavernosi non vengono o ben di raro pigmentati. Nell'antica avanzata melanosi il ganglio subisce talvolta a poco a poco una degenerazione fibroide; mentre s'inspessisce e cangia in cordoni fibrillari di connettivo.»

(1) Handbuch der pathologischen Anatomie. Leypzig 1863, Pag. 807.

Le mie ricerche furono fatte sulle ghiandole linfatiche bronchiali, che anche negli individui sani sono assai spesso sede di forte pimmentazione. La pimmentazione è dovuta alla presenza di cellule ricche di granuli di pimmento nel parenchima della ghiandola.

Le cellule pimmentate differiscono dalle cellule linfatiche per la forma, per la grossezza e pel contenuto. Esse infatti di rado sono, come quelle, arrotondate; generalmente sono poligone per la reciproca pressione. La loro grossezza media varia da 15 a 25 mill. e quindi superano la media di quella delle cellule linfatiche. Finalmente nel loro protoplasma contengono dei granuli di pimmento, quasi sempre di color nero. Il numero di questi granuli può crescere fino al punto da occupare tutta la cellula, sicchè il nucleo non appare che sotto forma di uno spazio chiaro, a contorni netti, oppure da nascondere anche il nucleo, sicchè allora l'elemento appare come un corpuscolo nero intenso, angoloso.

Nei casi in cui la deposizione di pimmento non è molto avanzata, spaccando la ghiandola si scorgono delle striscie nere che anastomizzandosi frequentemente in modo da costituire una rete incompleta, vanno dalla sostanza corticale nella midollare. Siccome, come vedremo, le cellule pimmentate stanno di preferenza nel parenchima ghiandolare, così le linee nere segnano con bastante esattezza la forma dei nodi corticali e dei cordoni midollari.

Nei casi di pimmentazione più forte la superficie di sezione della ghiandola appare di colore uniformemente nero.

Vediamo ora le alterazioni istologiche del tessuto. Esse riguardano tanto il parenchima (1) quanto i seni linfatici, e, in casi avanzati, il connettivo che accompagna i vasi.

Nei seni linfatici si osservano quelle alterazioni che hanno luogo nella più parte degli stati irritativi della ghiandola. Il reticolo del seno, invece di essere costituito semplicemente da fibre connettive anastomizzate, presenta invece delle grosse cellule nucleate, ricche di protoplasma che si tengono in comunicazione a vicenda per mezzo di prolungamenti ramificati, anastomizzati raramente fra loro. Sono quelle stesse cellule che si riscontra-

(1) Sotto il nome di *parenchima* comprendo per brevità i *nodi corticali* e i *cordoni midollari* degli autori, che hanno identica struttura.

Digitized by Google

no nell' ipertrofia semplice della ghiandola. Libere tra esse stanno poi delle cellule linfatiche e quelle altre grosse cellule polinucleate, che si trovano così di frequente in tanti altri processi patologici, quali il tifo, la tubercolosi ecc. — Talora vi hanno ancora delle cellule pimmentate.

La sede principale di queste ultime è però nei nodi e nei cordoni del parenchima. Il reticolo qui subisce dei mutamenti, ma meno rilevanti; appare più grosso, e nei nodi si scorgono dei nuclei in numero maggiore che nello stato normale. Le maglie si fanno più grandi, ed in esse, oltre alle cellule linfatiche, si scorgono, in numero più o meno grande, le cellule pimmentate.

Quando la alterazione non ha sorpassato i primi stadi, le preparazioni che si ottengono collo spennellamento sono perciò assai chiare. Si vedono dei cordoni tortuosi, ramificati e picchiettati di minutissime macchie nere, separati gli uni dagli altri da spazi chiari in cui stanno le trabeccole ed il reticolo dei seni linfatici.

Nelle ghiandole in cui la pimmentazione è ad uno stadio più avanzato il reperto è alquanto diverso, e la costituzione primitiva è ancora più alterata. — Generalmente il tessuto è più compatto; spesso però la deposizione di pimmento conserva ancora la forma di striscie irregolari, piuttosto che di infiltrazione uniforme. Le trabeccole connettive attraversano in diverse direzioni il tessuto; sono in generale ingrossate. Dei seni linfatici non si scorge più che qualche traccia; tutto il parenchima vien rappresentato da una fitta rete di vasi tra cui sta il reticolo del parenchima, costituito da fibre ispessite, le quali perciò appaiono più rigide e segnate da una finà striatura longitudinale, limitanti delle maglie del diametro medio di 0,020-0,030 millimetri. In queste maglie stanno le poche cellule pimmentate. — Il connettivo dell' avventizia dei grossi vasi è pure assai spesso infiltrato di cellule di pimmento.

Scrofolosi.

Benchè la intima struttura delle ghiandole prese da scrofolosi sia discretamente conosciuta, pure spero che, per le particolarità che presenta, riescirà non priva di interesse la seguente osservazione.

Le ghiandole che sono l' oggetto di questo esame costituivano un grosso tumore al collo di un fanciullo: vennero estirpate, ed in parte mi vennero date, già indurite nell' alcool, onde le esaminassi.

Ecco il risultato delle mie ricerche.

La forma delle ghiandole è irregolare assai; generalmente sono schiacchiate e la superficie è poligona per la pressione che vicendevolmente esercitano l' una sull' altra. Solo alcune conservano una forma globosa; sono quelle disposte alla periferia dell' ammasso.

Anche la grossezza varia di molto; alcune raggiungono la grossezza di una nocciuola; altre invece sorpassano quella di una noce; tra le une e le altre stanno vari gradi intermedi.

Spaccando le ghiandole, si trova che il tessuto si presenta sotto due aspetti diversi, a seconda delle ghiandole che si esaminano. — In alcune, e sono generalmente le piccole, la superficie di sezione è omogenea, di colore piuttosto oscuro; nelle altre le più tumefatte, si hanno dei focolai, più o meno grossi di degenerazione caseosa.

Cominciai il mio esame dalle ghiandole più piccole. — Già ad occhio nudo si poteva scorgere la superficie di sezione come tempestata da una quantità di minutissimi forellini, che avevano sede il più spesso nella sostanza midollare, ma che talora si avanzavano fino sotto la capsula della ghiandola. Colla lente se ne poteva scorgere un numero molto maggiore. — Da principio credetti che fossero le boccuccie dei vasi tagliati trasversalmente; un attento esame microscopico mi dimostrò invece come si trattasse di una *dilatazione dei seni linfatici.*

Infatti nelle parti meno alterate il reticolo del seno è costituito da fibre connettive assai grosse, finamente striate nel senso longitudinale, con scarsissimi nuclei. Ove i seni sono più allargati le fibre cominciano a scomparire, e nei punti in cui ad occhio nudo si scorgono dei forellini, al microscopio si riscontrano delle grandi cavità, a contorni irregolari, circondate tutt' attorno da sostanza follicolare.

La quale pure nella sua struttura è alquanto deviata della norma. Il reticolo è più grosso, senza moltiplicazione nucleare, ed i vasi sanguigni sono più dilatati che di solito.

Nelle ghiandole grosse v' ha un focolaio caseoso: occupa il più spesso la parte centrale della ghiandola, che varia in grossezza da $\frac{1}{4}$ della ghiandola, fino ad una metà; in alcune la degenerazione è limitata solo dalla capsula primitiva.

La materia caseosa è separata dal parenchima che la circonda da uno straterello grigio, semitrasparente, della grossezza di $\frac{1}{2}$-1 mill.

La sostanza caseosa indurita nell' alcool si presenta sotto forma di una massa granulosa, nella quale spiccano ancora qua e là numerosi nuclei raggrinzati e lucenti, ed una rete più chiara e trasparente che rappresenta gli avanzi delle trabeccole connettive e delle diramazioni vascolari della ghiandola normale.

Con un lungo spennellamento poi in molti punti si può ancora isolare il reticolo, le cui fibre sono rigide assai e lucenti.

Lo strato grigio che circonda la sostanza caseosa consta di tessuto connettivo a fasci irregolari, compattissimi, a strie poco spiccate. Tra i fasci stanno delle grandi cellule connettive, non molto numerose, ramificate, anastomizzate fra loro, le

Digitized by Google

quali hanno diverso aspetto a seconda della posizione in cui stanno; in quelle degli strati più esterni il protoplasma è finalmente granuloso e rischiarabile coll' acido acetico; nelle altre più vicine al focolaio caseoso, il protoplasma è infiltrato di numerose goccioline di adipe.

Alla periferia di questo strato connettivo si può studiare il passaggio graduato del connettivo compatto al reticolo. Infatti in questo strato sottile intermediario il reticolo, a maglie un po' più larghe del normale, è costituito da grosse fibre anastomizzate e finamente striate nel senso longitudinale; ed i capillari ed i vasi sanguigni sono rivestiti di un grosso strato di connettivo compatto. Verso la periferia della ghiandola le fibre diventano più sottili; verso l' interno, invece, e quindi ai limiti del connettivo compatto, cresce la loro grossezza, sicchè alla fine si ha una sostanza fondamentale compatta in cui sono scavate delle cavità arrotondate contenenti cellule; e queste cavità non sono che gli avanzi delle maglie del reticolo primitivo.

Finalmente tra questo stato intermedio e la capsula che riveste la ghiandola sta uno strato più o meno grosso di tessuto che a primo aspetto appare normale. Il microscopio invece non dimostra più la distinzione fra sostanza follicolare e seni linfatici; in quella vece si ha un tessuto reticolare uniforme, a maglie piuttosto grandi e solide, prive del tutto o quasi di nuclei, ripieno di corpuscoli linfatici ben conservati e intersecata ricchissimamente da fitta rete di vasi sanguigni assai larghi.

La capsula che riveste le ghiandole ammalate è infiltrata di corpuscoli linfatici, i quali sono specialmente numerosi in quei casi in cui la degenerazione caseosa si estende a tutta la sostanza della ghiandola; anche in questi però, la sostanza caseosa è limitata all' esterno da uno strato di connettivo compatto.

Linfosarcomi.

Virchow nell' opera citata attribuisce questi tumori più alla scrofola che ai tubercoli. Non hanno tendenza alla trasformazione caseosa, o se questa avviene, resta sempre limitata. Non tendono all' ulcerazione. Loro carattere è la persistenza degli elementi ed il progressivo e talfiata molto acuto aumento del tumore. Sono refrattari alla cura. Si presentano molli e duri: i molli hanno talvolta una consistenza fluttuante, ma non squagliantesi e tagliati appaiono midollari, bianchicci. I duri hanno una consistenza considerevole, ed un aspetto denso, talfiata fibroso giallicciо. Quelli formano i più gressi tumori, questi di rado raggiungono la grossezza di una prugna o di un piccolo uovo di gallina.

Nei duri prevale il tessuto connettivo. La capsula ed i sepimenti delle ghiandole s' inspessiscono; la fina rete nell' interno dei follicoli diviene più forte e qualche volta presenta dei punti sclerotizzati. Talfiata succede una periadenite indurativa che riunisce fortemente i gangli fra loro come fa la scrofola. Le cellule linfatiche scompaiono sempre più dietro lo sviluppo del connettivo: infine non si trovano che serie o gruppi di cellule piccole rotonde e solo nei siti più recenti trovasi ancora una proliferazione linfatica manifesta.

Molto più frequenti sono le forme molli in cui l' aumento delle cellule è l' essenziale, e talvolta così preponderante che le parti connettive di riducono al minimo. Le cellule non si distinguono talfiata dalle ordinarie cellule linfatiche: sono piccole cellule rotonde con nucleo granulato, semplice, nucleolato. Di solito trovansi anche numerevoli nuclei nudi. Ma non di rado la grossezza delle cellule cresce in modo da farsi simile ai più grossi corpuscoli mucosi. Anche i nuclei moltiplicansi e si trovano elementi polinucleati grossi, di raro vere cellule gigantesche.

Queste cellule giacciono discretamente sciolte negli spazi del reticolo, che dopo il loro allontanamento appare come un tessuto a sepimenti a larghe maglie, ora sottile, ora più denso. Talvolta è così tenero che l' intiera massa nelle sezioni microscopiche sembra consistere solo di cellule raggruppate, ed i setti antichi del ganglio appena si ritrovano. Dopo lungo tempo i linfosarcomi prendono proprietà maligne.

I miei risultati si fondano sull' esame delle ghiandole in tre casi di linfosarcoma. In due la tumefazione si era estesa a quasi tutte le ghiandole del corpo, ed era accompagnata da nodi linfosarcomatosi nel fegato, nell' intestino, nella cute, nel midollo delle ossa, nei reni ecc. Nel terzo il linfosarcoma era primitivo alle tonsille, e si era esteso poi ad alcune ghiandole del collo ed alla ghiandola tiroidea (1).

Nel linfosarcoma la struttura follicolare della ghiandola si può riconoscere fino a stadio avanzato della malattia. Si ha una grande tumefazione dei follicoli, che appaiono sotto forma di granuli bianchi; si ponno però ancora, anche ad ingrossamento ragguardevole, dimostrare i setti connettivi.

Colla dilacerazione del tessuto fresco si ponno isolare facilmente gli elementi del tessuto. I più numerosi sono rappresentanti da cellule di forma irregolarmente poligona, le quali si distinguono dalle cellule linfatiche normali per la loro maggiore grossezza, e da quelle che si riscontrano nel tifo, nella tubercolosi ed in varie iperplasie delle ghiandole per ciò, che di solito hanno nucleo più grosso con grosso nucleolo, e protoplasma re-

(1) V. la Storia che ne ho data nella Gazzetta Medica Lombarda 1870.

Digitized by Google

lativamente più scarso e più delicato; sicchè assai spesso si scorgono dei nuclei liberi o con intorno pochi granuli. — Oltre a questo si notano talora delle cellule connettive con molti prolungamenti anastomizzati spesso tra loro.

Se ora si fa e si spennella una sezione di una ghiandola nei primi stadi della malattia, si scorge di leggieri che le cellule ora descritte stanno nella sostanza follicolare, e la distendono tanto che a poco i seni linfatici si ristringono e scompaiono. Da principio le trabeccole dei seni appaiono ancora tra la sostanza follicolare ed i setti connettivi, più tardi queste due parti sono a contatto l'una dell' altra.

Nella sostanza follicolare hanno luogo notevoli alterazioni. Come dicemmo, invece delle cellule linfatiche normali si hanno delle grosse cellule a grosso nucleo. Corrispondentemente si devono anche ingrandire le maglie del reticolo, le quali si fanno altresì molto più irregolari. In tutti i casi poi da me osservati i filamenti connettivi che col loro intreccio costituiscono il reticolo non erano aumentati di grossezza, come da molti si ammette. In quella vece erano sottilissimi, e ben rari erano i nuclei che, anche nello stato normale, si trovano qua e là nei punti in cui più filamenti si incontrano. Questa sottigliezza dei filamenti del reticolo è accompagnata da una grande lacerabilità, sicchè assai spesso avviene che spennellando una sezione, tutta la sostanza follicolare si stacca e non rimangono che i setti connettivi della ghiandola, limitanti le larghe areole, in cui stava innicchiata la sostanza follicolare stessa.

Anche i vasi sanguigni, e specialmente i capillari, contribuiscono colla loro dilatazione all' aumento di volume della ghiandola. Questo fatto però non è costante, e, ad ogni modo, la dilatazione è ben lontana dall' assumere le proporzioni enormi che raggiunge nel tifo.

I setti connettivi nei primi stadi della malattia rimangono immutati. Più tardi cominciano a presentare un numero di cellule arrotondate maggiore del normale. A stadio avanzato il numero di queste cellule aumenta enormemente e la loro forma è identica a quella delle cellule della sostanza follicolare; sicchè alla fine nelle sezioni non spennellate, riesce impossibile distinguere i setti dal parenchima dell' organo; si ha un tessuto costituito da cellule uniformemente addossate le une alle altre.

Tubercolosi.

Billroth nella sua Memoria Beiträge *z. path. Histologie* 1858 scrive, che nei gangli infiltrati di massa tubercolosa vedesi col microscopio tutta la trama fibrosa affatto rotta e la sostanza stessa consistere solo di molecole finamente granulose, minimi granuli adiposi e cellule raggrinzate.

Förster nell' opera già menzionata ha quanto segue intorno alla tubercolosi. Il microscopio nei gangli in cui sviluppansi tubercoli miliari o grigi, o diffusa proliferazione tubercolosa, mostra nei seni linfatici della corteccia e nei passaggi cavernosi del midollo numerosissime grosse cellule madri polinucleate, che derivano in parte dalle cellule linfatiche, in parte dalle cellule connettive del reticolo: più tardi distruggonsi le cellule madri, i nuclei filiali in esse formati per l'endogena divisione dei nuclei normali diventano liberi, riempiono i seni ed i passaggi e penetrano alla fine il tessuto glandolare così completamente, che tutti gli altri elementi vengono compressi e scompaiono.

Dopo che i gangli sono nell' una o nell' altra maniera degenerati può avvenire in essi il rammollimento, la formazione di cavità; in principio veggonsi in alcuni punti piccoli spazi ripieni d' una massa pultacea; più tardi si riuniscono e formansi grandi cavità ripiene di detrito tubercoloso, e così può tutta la glandola distruggersi e se rimane l' involucro esterno ed è rinforzato da neoformato connettivo, succede l'assorbimento della poltiglia tubercolosa ed il raggrinzamento del ganglio.

Altre volte avviene il perforamento dell' inviluppo; generasi nelle parti vicine flogosi e suppurazione ecc.

Altra metamorfosi dei gangli tubercolizzati è la cretizzazione che limitasi ad alcune parti od estendesi a tutto il ganglio.

Dalla tubercolizzazione distinguesi la metamorfosi caseosa che avviene negli scrofolosi in seguito all' ipertrofia ed all' infiammazione (1).

L' ultimo autore che mi fu dato di consultare circa la tubercolosi fu il Dott. Barth di Pietroburgo, che inserì nel Centrablatt für die medicinischen Wissenschaften 29 Giugno anno corrente un articolo intitolato: Contributo alla patologia delle glandole linfatiche.

In 3 casi di gangli affetti da tubercoli miliari trovò i gangli stessi poco tumefatti, discretamente consistenti, di colore rosso-grigio, la capsula splendente ed in molti luoghi si riconobbero distintamente macchie tondeggianti, trasparenti, grigiastre. Le superficie del taglio discretamente liscia, umorosa, rosso-pallida; molte parti della sostanza corticale, come della midollare, apparvero le già menzionate macchie grigio-pallide.

L' indagine microscopica mostrò la capsula com-

(1) A questo proposito Virchow nell'opera Die Krankhaften Geschwülste sostiene contro Rillet e Barthez la diversità della scrofola dalla tubercolosi, che sorge dalle parti connettive nominatamente dai sepimenti dei gangli e che quindi si genera eteroplasticamente dal tessuto connettivo

Digitized by Google

pletamente normale, le vie linfatiche dilatate contenevano nn significante numero di grosse cellule con uno o più nuclei. La forma di tali cellule è irregolarmente rotonda; ma più ovale. Inoltre sonvi anche numerosi nuclei liberi. Il protoplasma di tali grosse ed ordinarie cellule linfatiche è molto soventi attraversato da fini puntini oscuri e detrito adiposo; molte cellule sembrano essersi completamente cambiate in questa nera massa finamente punteggiata ed ammassata, sicchè rappresentano masse più grandi (masse caseose) non differenti da quelle descritte nella flogosi cronica. I follicoli ed i cordoni midollari non attraversati dalle masse caseose apparvero affatto normali. I vasi non dilatati anzi spesso ristretti; le trabeccole ed il finissimo tessuto reticolare non ipertrofici. I corpuscoli connettivi sono spiccati più che in istato normale.

L' autore in 10 casi di tubercolosi non trovò mai nelle parti connettive dei gangli l' imagine d' un tubercolo grigio che si fosse separato dal restante tessuto. Le trabeccole ed il finissimo tessuto reticolare apparvero in 3 casi perfettamente normali, e solo qua e là si scorsero più spiccati i corpuscoli connettivi. In 7 casi le trabeccole erano un po' inspessite con corpuscoli connettivi chiaramente spiccati, come succede regolarmente nelle flogosi croniche dei gangli. In tutti i casi le masse caseose erano riccamente fornite di cellule gigantesche.

Con ciò lo sviluppo dell' acuto grigio tubercolo nei gangli non è ancora accertato per l' autore. L' indagine microscopica della tubercolosi cronica dei gangli dimostrò in parte gli stessi cangiamenti della tubercolosi miliare; si aggiunsero in parte cangiamenti che spettavano alla trama dei gangli. Erano cioè capsule e trabeccole inspessite ed i loro corpuscoli connettivi più distinti.

Ecco, secondo le mie osservazioni, come si presenta, ed in qual modo ha origine la tubercolosi delle ghiandole linfatiche.

I tubercoli si presentano nelle ghiandole linfatiche, come è noto, sotto la forma di piccoli punticini appena visibili ad occhio nudo, di colore grigio o bianco giallastro, i quali risiedono a preferenza nella sostanza corticale, appena all' interno della capsula, ma che ponno, più specialmente nei casi avanzati, invadere per maggiore o minore estensione anche la sostanza midollare. Col crescere di volume e col moltiplicarsi in numero i singoli noduli, come succede dei tubercoli delle altre parti del corpo, si toccano e poi a poco a poco si fondono costituendo degli ammassi che ponno talora raggiungere una ragguardevole grossezza, e che constano precipuamente di sostanza caseosa.

Seguendo al microscopio lo sviluppo dei noduli tubercolari, è facile il persuadersi ch' essi hanno la loro prima culla nell' interno della sostanza follicolare. — È bensì vero che nei seni linfatici fino dal principio si riscontrano numerose delle cellule più grandi del doppio delle solite cellule linfatiche e contenenti uno, due o più nuclei; ma è certo altresì che queste cellule e per la forma e per la grandezza e pel numero non differiscono da quelle che si riscontrano in tanti altri stati irritativi delle ghiandole linfatiche.

Adunque in un punto della sostanza follicolare, e più spesso nei nodi corticali, si nota un attivo lavorio di formazione cellulare. Ne risulta un ammasso compatto di cellule grandi simili per forma e costituzione a quelle che si riscontrano nei seni linfatici. Tra queste si riscontrano ancora delle vere cellule linfatiche; ma la parte principale è rappresentata dalle cellule grandi.

Il volume aumentato delle cellule induce pure dei cambiamenti nel reticolo, le cui maglie si allargano e si fanno più consistenti. Il reticolo però non piglia altra parte nelle neoformazioni; ed io non trovai mai i suoi nuclei ingrossati e moltiplicati; sicchè non posso credere che le cellule che costituiscono il tubercolo siano dovute alla aumentata attività del reticolo, come vorrebbe taluno. E ciò si può dimostrare liberando il reticolo collo spennellamento dagli elementi cellulari che stanno nelle sue maglie; il che riesce però solo con molta difficoltà e dopo lungo spennellare, a cagione della tenacità colla quale aderiscono le cellule ai filamenti. — E nè meno potei scorgere in nessun caso alcuna partecipazione dei setti connettivi della ghiandola; sicchè debbo ritenere che l'opinione di Villemin, abbracciata da Virchow poggi su fatti eccezionali.

Tra queste cellule si scorgono assai spesso quelle *cellule gigantesche* a moltissimi nuclei, che Langhans descrisse già nei tubercoli di altri organi e che io riscontrai in altri stati patologici delle ghiandole p. es. nel sarcoma. — Non sono però uno dei componenti costanti dei tubercoli ghiandolari, poichè le trovai mancanti in molti casi di tubercolosi ben constatata, sia dal lato clinico che dall' anatomico.

La vita delle cellule che costituiscono il tubercolo è, come di solito, assai breve. Ben presto le cellule si decompongono in un detrito finamente granulare in cui non si ponno più scorgere gli elementi primitivi. Ed a questo stadio il reperto microscopico è perfettamente identico a quello che si ottiene dall' esame dalle ghiandole caseose. — L' ultimo a distruggersi è il reticolo; sicchè assai spesso si può ancora dimostrarlo in un tubercolo caseoso quando si impieghi un cauto e prolungato spennellamento.

Riassumendo, nei molti casi di tubercolosi da me esaminati, il tubercolo prese sempre sviluppo nella parte follicolare della ghiandola; ed in questa la parte attiva fu sempre rappresentata

Digitized by Google

dagli elementi esistenti nelle maglie del reticolo, mentre il reticolo in sè stesso non ebbe che una parte secondarissima.

Sarcomi.

Förster nell'opera Handbuch der pathologischen Anatomie scrive: il sarcoma o tumore a cellule fusiformi avviene di rado primario o secondario nei gangli e si comporta essenzialmente del tutto come il carcinoma.

Pitha e Billroth nell'opera sopra mentovata discorrono più diffusamente di questi tumori. Nei sarcomi, essi dicono, si ha lo sviluppo di cellule che essenzialmente portano seco il carattere di cellule del connettivo. Sono primari o secondari. Lo sviluppo di questi tumori parte dalla proliferazione delle cellule del tessuto di sostegno interstiziale e può condurre alla formazione di un grossolano tessuto di sepimenti che ora consta di grosse cellule fusiformi, ora è costituito da cellule assai piccole, che fornite di grosso ovale nucleo, posseggono uno strato molto sottile di protoplasma. I follicoli glandolari si distruggono a poco a poco per atrofia ed infine non sono più riconoscibili. Specialmente le forme a piccole cellule spettano ai più maligni prodotti; in pochi mesi possono crescere ad enormi masse e sono molto inclinate alla secondaria propagazione ed alle recidive. Perciò si avvicinano molto ai funghi midollari. Clinicamente è impossibile la loro distinzione. Qui si accennano anche i sarcomi melanotici che assai facilmente recidivano nei gangli.

Come si può dedurre dalle descrizioni che precedono, è difficile talora fare la diagnosi differenziale tra il sarcoma ed il linfosarcoma, il linfoma e talora il cancro. Ad ogni modo tra i sarcomi credo di dover classificare l'alterazione che risiedeva in un gruppo di ghiandole linfatiche cervicali da me estirpate ad una giovine d'anni 16, di costituzione linfatica, di alta statura, magra, regolarmente mestruata. Il gruppo dei gangli ingrossati risiedeva alla parte destra del collo appena al disotto del margine inferiore della mascella inferiore, ed avendo il volume d'un uovo di gallina, costituiva una troppo saliente deformità dalla quale la giovane voleva ad ogni costo liberarsi: era duro al tatto, bernoccoluto, pochissimo dolente sotto la compressione. Fatta colla debita cautela l'operazione, l'ampia ferita suppurò copiosamente e non guarì che dopo un mese.

Alcune delle ghiandole sono ingrossate solo leggermente e non presentano che i caratteri dell'iperplasia semplice. — Nelle più grosse invece le alterazioni sono differenti e più profonde. La tessitura normale delle ghiandole è quasi completamente scomparsa.

Già nelle sezioni esaminate a un piccolo ingrandimento (20 d.) si scorgono dei nodi della grossezza varia di 0,27-0,36^{mm}, che nei preparati spennellati spiccano pel colorito più scuro e per la struttura più compatta del tessuto che li separa l'uno dall'altro. — La disposizione di questo tessuto internodulare, per la forma ovale od arrotondata dei singoli nodi, rappresenta in generale come una gran rete a grandi maglie, e la grossezza di queste maglie varia naturalmente a seconda della distanza che separa l'un nodulo dall'altro. In alcuni punti del tumore i noduli distano molto tra loro, e quindi grande è la quantità del tessuto internodulare; in altri invece i noduli sono così avvicinati che si fondono tra loro, sì che la ghiandola ne acquista un'insolita compattezza.

Il tessuto internodulare in preparati non pennellati appare costituito da fitti accumuli di globuli linfatici tra cui decorrono vasi sanguigni ed i sepimenti connettivi ingrossati ed assai spesso sclerotizzati della ghiandola. Allontanando invece col pennello le cellule, si riesce con facilità a mettere a nudo un reticolo a grandi maglie con grosse trabeccole longitudinalmente striate, le quali metton capo da una parte alla superficie esterna dei noduli, dall'altra agli ora descritti sepimenti connettivi.

I noduli poi constano essi pure di reticolo con vasi, il quale alla periferia del nodulo si condensa in guisa che questo riesce il più delle volte nettamente limitato verso il tessuto che lo circonda. — L'isolamento del reticolo è del resto assai difficile, e riesce generalmente in modo molto incompleto; perchè assai spesso, come succede nei follicoli di Peyer e nei corpuscoli Malpighiani della milza, se per metterlo a nudo per più largo tratto si continua a lavorare col pennello, tutta la parte centrale del nodulo si stacca, ed in sua vece rimane un foro.

Ciò è dovuto al fatto che alle trabeccole reticolari aderiscono tenacemente delle grosse cellule che si ponno isolare facilmente, invece, nelle ghiandole fresche, che hanno una forma poligona o fusiforme, o che raggiungono talora il diametro di 0,030-0,035^{mm}. Esse constano di un protoplasma a granuli piuttosto grossi, che ravvolge un grosso nucleo vescicolare, a grosso contorno, ovale, nel cui interno spiccano uno o due grossi nucleoli. Queste cellule sorpassano in grandezza quelle del linfosarcoma, e se ne distinguono in generale per la forma allungata del protoplasma e del nucleo, e per la maggior copia di protoplasma. Qua e là spiccano pure delle cellule gigantesche a numerosi nuclei parietali, simili a quelli che si riscontrano in qualche caso di tubercolosi.

Nei punti in cui i noduli sono stipati l'uno contro l'altro la produzione di connettivo compatto è più manifesta. I tratti internodulari a cel-

Digitized by Google

lule linfatiche sono scomparsi non lasciando dietro di sè che i sepimenti connettivi ancora più ingrossati e splendenti. — Nell'interno del nodulo, poi, il reticolo è ispessito enormemente; tantochè lo spennellamento non vale a scacciarne le cellule. Il nodulo appare così costituito da fibre connettive, che tengono chiusi tra i loro fasci numerosi i grossi elementi cellulari.

In qualche raro punto le cellule soverchiamente compresse cadono in detrito, ed allora il nodulo acquista un aspetto granuloso.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

RIVISTA OSTETRICA

PEL

Dott. E. F. FABBRI

Assistente alla Maternità di Bologna

Cefalotomia con traforamento della base del cranio

SECONDO IL METODO DEL PROF. HUBERT.

L'idea di perforare e sconnettere la base del cranio per ridurre il capo del feto al maggior grado possibile di schiacciamento e di cedevolezza, non è nuova. Dugès la emise per primo (1830) e propose a tal fine il suo craniotomo a *trivella*. Ma non pare che neppur egli mettesse mai in opera questo genere di craniotomia; e certo è poi che gli ostetrici lo aveano posto in dimenticanza.

Non però la nostra scuola di Bologna, essendochè il chiarissimo Prof. Rizzoli, presa nella debita considerazione la trivella del Dugès, seppe trarne reali vantaggi nel suo ostetrico esercizio. Già nel 1867 ne diedero contezza gli eccellentissimi signori Dott. C. Belluzzi e Dott. G. Pilla in un lavoro pubblicato nel *Bullettino delle Scienze mediche;* ed ora ne è fatta nuova menzione in un opera che grandemente onora la chirurgica italiana, e che ha per titolo: *Collezione delle memorie chirurgiche ed ostetriche* del Prof. Francesco Rizzoli. In essa leggesi di fatto alla pag. 478 del volume 2.° come il Prof. Rizzoli siasi servito della trivella massimamente per la craniotomia nel parto per le natiche, dopo l'escita del tronco.

A tale scopo egli ha alquanto modificata la trivella del Dugès rendendola più stretta ed acuminata, affinchè riesca più agevole e sicura la sua introduzione mentre la vagina è occupata da una parte del tronco del feto. La lunghezza totale dell'istrumento è di centimetri 30; la trivella propriamente detta misura in lunghezza centimetri 2, 3; e alla base è larga centimetri 2.

Quando non si possa raggiungere una fontanella laterale posteriore o una sutura e impiantarvi il craniotomo di Smellie, nel quale il Rizzoli ha fatto, anche incurvare le lame sul piatto, quando ciò dico non si possa ottenere, e neppure riesca di impiantare fra l'atlante e l'occipite il suo craniotomo tiratesta la cui punta schiacciata somiglia ad una spada, usa il Rizzoli la trivella, impiantandola alla base dell'occipite; cosa che riesce assai bene anche quando l'occipite è indietro, facendo prima da un assistente sollevare il tronco del feto.

Quando poi la testa sia trasversale, od obbliqua col mento indietro ma *non flessa*, egli usa di produrre la flessione per mezzo di un uncinetto ottuso, e piegato ad angolo acuto che viene insinuato nell'orbita e fa presa nell'orlo inferiore di lei; ben inteso che due dita almeno devono servirgli di guida fino all'orlo suddetto. Questo uncino serve e alla flessione e a condiuvare le trazioni fatte sul tronco.

Anche nelle presentazioni del vertice consiglia il Rizzoli di far uso della trivella di Dugès, benchè preferisca il cefalotribo. (Op. citata Vol. 2.°, Pag. 475).

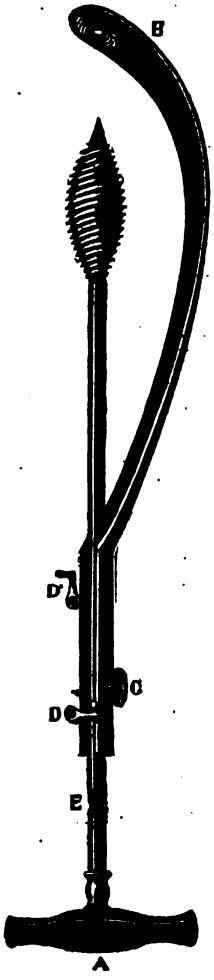
Ad onta di queste pratiche della nostra scuola, la trivella del Dugès era, come dissi, dall'universale degli ostetrici posta in dimenticanza; nè solo il suo strumento, ma la sua idea fondamentale, quella di perforare la base del cranio per isconnetterla e farla così agevolmente passare attraverso bacini angusti in alto grado. — Ora però questa idea viene rimessa in campo e caldeggiata da vari Ostetrici; e fra questi appartiene il primo posto al chiarissimo Hubert, clinico ostetrico nell'Università di Lovanio. — Egli ha modificata alquanto la trivella dell'illustre francese, e soprattutto l'ha munita di una *branca protettrice* che mentre vale a fissare il cranio e rendere così più facile il perforamento della base, è diretta a difendere le parti materne dai temuti pericoli. — Sperimentando quindi sopra pelvi anguste, e traducendo i suoi studi sperimentali con esito assai felice nella pratica ostetrica, è omai giunto ad elevare l'idea del Dugès a vero metodo di craniotomia, che senza dubbio merita l'attenzione degli ostetrici.

L'Hubert ne fece già menzione nel 1860; e nel 1861 lo applicava la prima volta sulla partoriente. — Da quest'epoca in poi fu dall'autore e da qualche altro ostetrico posto in opera buon numero di volte; ed è appunto il racconto di questi casi clinici che forma il fondamento di un interessante lavoro dell'Hubert, inserito nelle memorie dell'Accademia reale di Medicina del Belgio, Anno 1869, e che ha per titolo « *Dei mezzi di riduzione del volume del cranio, e più specialmente del suo traforamento e della sfenotrissia.* »

L'istrumento dell'Hubert si compone, come mostra la seguente figura, di una *trivella* (A) e di una *branca protettrice* (B). Le quali due parti insieme congiunte compongo-

Digitized by Google

no una *pinzetta traente*, destinata ad estrarre la testa dopo di averla sconnessa.



La *trivella* consiste in un' asta d' acciaio molto robusta munita di un manubrio di legno al suo estremo posteriore, e che termina all'altro estremo col rigonfiamento ovoide destinato a traforare le ossa. — Tale rigonfiamento, armato al suo estremo libero di una punta *a trequarti*, è solcato nel resto in modo da venire a risultare composto di una triplice spirale angolosa a taglio ottuso. Ognuna di queste spirali termina all' apice della trivella e alla base del trequarti con un' aletta schiacciata e tagliente, pronta ad insinuarsi nella parete craniale, preparando così la strada alla spirale che la segue.

La *branca protettrice*, tutta di acciaio, somiglia ad una branca di forcipe retto, o anche meglio ad una leva molto curva, ma è di queste più stretta non avendo che 32 millimetri di larghezza.

Il suo manico è retto, e foggiato a modo di profonda doccia, aperta a quella sua faccia che è la continuazione della faccia concava della cucchiaia. In questo solco viene accolta l' asta della trivella quando le due parti dello strumento vengono articolate. Ad uno dei margini della doccia s' impernano due piccole sbarre o chiavette (**D**, **D'**) che calate attraverso la bocca di essa doccia impediscono all'asta accoltavi di escirne, lasciandole libertà di scorrervi dentro, e farvi movimenti di rotazione. — Quando il manico della trivella giunge a toccare l' estremo libero o inferiore della doccia, la punta della trivella tocca la faccia concava del becco della cucchiaia, e vi si nasconde entro una protuberanza scavata a tazzetta, di cui in quel punto la cucchiaia è munita. Quando poi l' istrumento debba servire ad uso di pinzetta traente, è necessario che la punta della trivella sia saldamente fissata contro il becco della cucchiaia, e ciò si ottiene con una vite di pressione (**C**) che trovasi ad una faccia laterale del manico della cucchiaia, e che penetrando nella doccia di esso manico, va a premere contro l' asta della trivella, insinuandosi entro un solco circolare (**E**) di cui l' asta medesima è in quel punto fornita.

Veniamo ora al modo con cui l' Hubert insegna di servirsi del suo strumento.

A) **Presentazioni del vertice.**

Vuotato all' occorrenza il retto e la vescica,

1) Si copre a dovere tutta la punta della trivella con un grosso pezzo di cera vergine, e si unge la cucchiaia, e la doccia del suo manico.

2) Col palpamento è colla esplorazione si cerca di stabilire la *posizione* del feto per ben conoscere da che lato si trovi la faccia; cosa importante, perchè è da questo lato che dirigendo l' istrumento si raggiunge lo *sfenoide*, che si ritiene essere la *chiave* di tutto l' edifizio craniale. Se i suddetti mezzi non valgano nel caso particolare a farci fare questa importante diagnosi, la farà poi la mano introdotta in vagina per guidare l' istrumento.

3) Operata la cloroformizzazione (cosa che nel maggior numero dei casi non è necessaria, essendo l' operazione poco dolorosa), si dà alla donna la positura che suolsi nelle applicazioni di forcipe allo stretto superiore.

Si insinua allora la mano sinistra in vagina fino alla radice del pollice; e applicata la pera della trivella nel concavo della palma, si compie (se è possibile) l' introduzione di tutta la mano. In tal guisa l' istrumento precedendo le eminenze tenar e ipotenar, più facilmente si insinua nel bacino. Si dirige allora la sua punta contro il luogo del cranio che vuolsi perforare, e la s' impianta almeno nel cuoio capelluto per nascondervela (l' autore la infigge un po' più presso alla parete anteriore del bacino che alla posteriore). — Allora, se tutta la mano è nel bacino (e sempre deve procurarsi che vi sia) si impugna con essa la testa per immobilizzarla, mentre un assistente colle mani all' ipogastrio, tende al medesimo scopo. Ciò fatto si procede al perforamento imprimendo un lento moto di rotazione alla trivella che deve procurarsi di tenere ben perpendicolare alla tangente dell' osso, della sutura o della fontanella che vuolsi forare; e ciò affinchè non isdruccioli dal punto prescelto.

Il cessare di ogni resistenza ci avvisa che tutta la pera è penetrata nella cavità del cranio.

Movendo l' istrumento in ogni senso, si rompono la grande falce e il tentorio, e si riduce l' encefalo in poltiglia. Allora colla trivella si sonda la base del cranio e se ne ravvisano la doccia basilare o il corpo dello sfenoide, e in essi s' impianta l' istrumento per qualche millimetro affi-

Digitized by Google

ne di non perderli di mira. Il gran foro occipitale è un buon pnnto indicatore, poichè, lui rinvenuto, si trovano facilmente le suddette parti che si vogliono perforare. — Se non ci fosse dato riconoscere tosto queste parti, si lascierebbe la trivella libera nel cranio. — Ma avverto fin d' ora che ancor quando non si potesse traforare il corpo dello sfenoide o l' apofisi basilare dell' occipite, non si dovrebbe perciò credere inefficace l' operazione. L' esperienza ha mostrato all' Hubert che basta perforare una grand' ala dello sfenoide e una apofisi petrosa del temporale per ottenere l' intento, ancorchè il feto sia grande, quando l' angustia pelvica non sia estrema.

4) Segue l' introduzione della *branca protettrice*, che si eseguisce come quella di una branca di forcipe.

Questa branca s' insinua lungo la sinfisi sacro-iliaca dal lato cui risponde la faccia, perchè verso quel lato dee dirigersi la punta della trivella quando trafora lo sfenoide, e quando vuolsi sconnettere le ossa della faccia per diminuire il diametro bimalare che, schiacciato il cranio, resterebbe il diametro trasversale più vistoso. La branca deve quindi applicarsi alla faccia o ad una tempia. — Però nei casi di restringimenti estremi (65 millimetri, e al disotto) è meglio collocare da prima la branca protettrice dal lato dell' occipite; traforare in due o tre punti l' osso occipitale e la regione mastoidea, indi fare qualche leggera trazione, non per estrarre la testa, ma per abbassarne alquanto la parte posteriore, e rendere così la faccia e lo sfenoide più facilmente, e sicuramente accessibili.

Nell' introdurre la branca protettrice al disopra del capo non bisogna aver timore di respingerlo più o meno in alto, se lo richiede la più facile introduzione della branca istessa, poichè, questa applicata, sarà facile riabbassarlo coll' istrumento.

Se si trovasse qualche difficoltà a condurre la branca in discorso ad applicarsi al punto del capo che si desidera, è segno che essa impunta o contro il collo, o contro il torace, o contro una spalla, come accade talvolta anche alle branche del forcipe. Bisogna allora volgere il becco della branca in avanti o anche un po' all' infuori, e quindi abbassarla, mentre pian piano si torna a rotarne il becco all' indentro.

Applicata la branca protettrice, la si articola all' altra; si porta cioè l' asta della trivella entro la doccia scavata nel manico della branca protettrice, e si calano le due chiavette attraverso l' apertura di essa doccia.

5) Viene allora il momento di operare la perforazione della base, e ciò in vari punti quanto più puossi vicini alla sua linea mediana. E siccome (al dir dell' Autore) la testa è per lo più inclinata in modo che la sua volta guarda alcun poco indietro, e la base in avanti, per raggiungere quest' ultima, é d' uopo dirigere l' apice dell' istrumento più che si può verso la parte anteriore dello stretto superiore, vale a dire il manico contro il perineo, come appunto si usa anche nelle applicazioni di forcipe allo stretto superiore. È forse anche per ottenere più perfetta questa direzione dell' istrumento verso l' innanzi che l' Autore, come ho già detto, impianta la trivella più vicino al pube che al sacro; difatto, così operando, si può molto abbassare il manico primachè trovi l' ostacolo del perineo. — Dopo ciò, si spingono gli apici delle branche l' uno contro l' altro; e la distanza che separa il manico della trivella dall' estremo inferiore del manico della branca protettrice, ci indica la grossezza delle ossa comprese fra le due branche. E se tali ossa ci si appalesano sottili, conosceremo da ciò che la presa non è felice e potremo cambiarla, a meno che non si tratti di applicazione all' occipite, ove tutte le ossa sono sottili.

Se invece la suddetta distanza fosse troppo vistosa cioè maggiore di 5 ½ a 6 centimetri, sarebbe segno che il becco della branca protettrice non è applicato alla base del cranio, ma trattenuto in alto da qualche parte fetale, e sarebbe d'uopo liberarnelo nel modo sopramentovato.

Qnando la presa è a un dipresso quale la si desidera, tenendo la branca protettrice ben salda contro la base del cranio, s' imprime alla trivella un moto rotatorio verso destra, che produce il traforamento delle ossa. Se queste sono sottili, il traforamento loro deve farsi con lentezza, (forse per non cagionare fratture e schegge che potrebbero esser dannose) ma se si tratta di ossa grosse, si proceda con prestezza nel perforarle, poichè molto giova se, oltre ad essere perforate, vengano esse spaccate, e con ciò divise per lungo tratto.

Giunto il manico della trivella a toccare quello della branca protettrice, l' autore consiglia di imprimere a quella anche due interi giri che egli chiama *complementari*, perchè servono a compiere il perforamento.

6) Fatto così il primo foro, si procede a un secondo, a un terzo ecc. a seconda del bisogno. — A tal fine è d' uopo cangiare la direzione dell' istrumento o almeno il punto di sua applicazione al capo. Il che si può ottenere in tre maniere: 1) Ritirata tutta la trivella nell' interno del cranio fino a poterla sentire con due dita subito dietro il foro della volta craniale, senza disarticolare lo strumento, si limita a volgerne il becco più indentro, poi più infuori, e si fanno così due fori vicini al primo o con esso confluenti. 2) Reso libero nel modo anzidetto lo strumento, con un moto di spirale, e meglio con un moto di sega, si conduce la branca protettrice al lato del bacino, o (se vi si riesce) anche alla parete cotilòidea, avendo cura di rivolgerne il becco verso il centro del bacino. 3) Se la testa è ancor mobile, e giovi per le successive perforazioni abbassarla alquanto e renderla più ferma, si può cominciare dal servirsi dell' istrumento come di pinzetta traente e di leva. Dopo averne fissato le due branche insieme per mezzo della vite di pressione, si riconduce il manico in avanti, e prendendo punto d' appoggio contro il pube, si innalza il manico istesso per fare abbassare con moto di leva la parte superiore dell' istrumento, e con essa la testa. Si rallenta allora la vite di pressione; si riconduce la trivella ad essere libera nella cavità craniale, e si abbassa fortemente il manico dello strumento mentre si insinua più profondamente la branca protettrice perchè vada facilmente ad applicarsi a un altro punto del cranio.

Bisogna proseguire a moltiplicare i fori fin che non si senta che la testa cede facilmente alle trazioni.

Fatte le perforazioni che credonsi opportune, se lo stato generale della donna e quello de' suoi organi generativi lo permettono, il miglior partito è quello di estrarre l' istrumento e di affidare il parto alla natura, aiutandola

Digitized by Google

all' uopo colla segale cornuta; e può aggiungersi ancora l'aiuto di un tira testa, sul quale venire esercitando delle trazioni durante le doglie, anche allo scopo di mantenere il foro della volta nel centro del canale pelvico. Se dopo avere atteso l'opera della natura, giunga la necessità di estrarre il feto, potrà servirci, o il forcipe ordinario, o il cranioclaste di Simpson, o la leva; se pure nuove perforazioni non sieno necessarie.

Ma se il caso consigli la immediata estrazione, potrà questa essere fatta coll'istrumento dell'Autore, reso immobile nelle sue parti per mezzo della vite di pressione.

7) Le trazioni fatte di preferenza nel tempo delle doglia debbono esser leggere e *molto lente*, per dare tempo alla polpa cerebrale di escire, e al capo di ridursi a poco a poco, e modellarsi all'angustia pelvica. — Se s'incontra resistenza un po' significante, non si sforzi la discesa, ma si proceda a nuove perforazioni. E se ciò non basta, si può tentare di mutar posto all'istrumento, poichè l'autore vide talvolta questo solo mutamento rendere tosto facile l'estrazione. — Durante l'estrazione non bisogna pretendere di vincere a forza le resistenze, ma lasciare in certa guisa al capo la libertà di prendere la direzione che più conviene alla discesa. — Bisogna di più tener d'occhio le piccole scheggie che trovansi per avventura ai margini del foro della volta craniale, e tenervi contro due dita, o mantenerle spinte verso l'interno del cranio, per mezzo di un globo di ovatta insinuato nel foro istesso.

B) **Presentazioni della faccia.**

Esse sono molto favorevoli alla sfenotrissia. Ma il maneggio operatorio varia al variare della posizione.

a) *Posizioni mento-anteriori.* La trivella può penetrare o per la volta palatina, e per una narice, o per la gota anteriore.

Impiantata a dovere la trivella, s'introduce la branca protettrice dal lato dell'occipite, si articola l'istrumento, e si trapassa la testa da parte a parte.

Si ritira quindi la trivella nel cranio, si cangia un poco il luogo di applicazione dell'altra branca, e si fa nuovo foro, al quale se ne fa, in modo analogo, succedere un terzo, un quarto ecc. a seconda del bisogno.

Ciò fatto, si procede alla estrazione colle norme anzidette.

b) *Posizioni mento-trasversali.* — In queste la trivella s'insinua per la narice anteriore; meglio ancora, s'impianta nell'osso mascellare superiore che trovasi in avanti, sia attraverso le bocca, sia attraverso la gota. — Del resto si opera come nella posizione antecedente.

c) *Posizioni mento-posteriori.* La trivella penetra o per la grande fontanella, o per la sutura medio-frontale, o per la bozza frontale che trovasi in avanti. — La branca protettrice si applica dal lato del mento cui non deve oltrepassare che di qualche centimetro.

Anche in questa posizione, per operare nuovi fori, non si deve in genere portare la branca protettrice all'altro lato del bacino, ma solo cangiarne alcun poco il punto di applicazione. — Se però l'estrazione incontrasse qualche difficoltà, potrebbesi la branca protettrice trasportare dal lato dell'occipite per farvi due o tre fori prima di ritentare l'estrazione.

C) **Presentazione delle natiche.**

Escito il tronco, la faccia è d'ordinario rivolta indietro; ma se ciò non fosse, bisogna cercare coi mezzi conosciuti di ridurla a tale posizione; fare quindi sollevare il tronco, da un assistente, mentre un altro colle mani all'ipogastrio fissa il cranio al disopra dell'ingresso.

Uncinato il mento, si insinua, la trivella fino al *triangolo sotto-mascellare*, e attraverso le parti molli che lo riempiono si impianta la trivella nella volta del palato. — Si applica allora la branca protettrice dal lato della faccia, e si opera il traforamento. — Ritirata la trivella fino alle parti molli della mandibola, le si cangia direzione e si fanno nuovi fori.

Se si incontra difficoltà ad uncinare o a ben fissare la mandibola, è bene introdurre per prima la branca protettrice; anzi in tale presentazione forse questo consiglio dovrebbe servire di regola generale, perchè di tale guisa si rende più ferma la testa, e più agevole e sicura la introduzione della trivella.

Durante le trazioni, non bisogna far forza sul tronco, perchè le vertebre del collo furono molte facilmente malconce dalla trivella, e si corre quindi il rischio di distaccare il tronco dal capo.

Esperimenti, fatti sopra bacini angusti e con cadaverini di neonati.

L'Autore eseguì la maggior parte dei suoi esperimenti sopra un *bacino osteomalacico* che avea le seguenti dimensioni.

La parte anteriore della coniugata vera riesciva inutile al passaggio del feto, per la disposizione *rostrata*, o a becco d'anitra, dei due pubi; la parte utile della coniugata si riduceva a . . . . . 51 millim.

Distanza sacro-cotiloidea sinistra	49	»
» » destra	47	»
Diametro bisischiatico	67	»
Larghezza dell'angolo pubico verso il suo mezzo	23	»

Pone su questo bacino in presentazione del vertice e in posizione occipito-sinistra un feto di quattro chilogrammi nato il dì innanzi in istato di letale apoplessia. — La branca protettrice è applicata dal lato della faccia; e fatti tre fori alla base, il primo dei quali riesce nella tempia sinistra poco innanzi all'orecchio, il secondo attraversa l'etmoide e il naso, il terzo infine non fa che allargare il secondo, l'estrazione della testa si opera senza grande forza.

Questa testa era piuttosto grande, avendo un diametro biparietale di 101 millimetri, ed un fronto-occipitale di 118 millimetri.

In un altro esperimento egli pone sul medesimo bacino e nella medesima posizione un feto grosso, morto, al terzo giorno. Il suo diametro biparietale è di 102 millimetri, l'occipito-frontale di 12 centimetri.

Applicata la branca protettrice alla faccia, due soli fori alla base la sconnettono in guisa che la testa cede tosto alle trazioni fatte coll'istrumento perforatore istesso.

Più di 20 furono le esperienze fatte di tal guisa, e l'Autore ci assicura che diedero risultamento simile alle due suddette.

In un bacino rachitico, ridotto artificialmente a misurare nella coniugata solo centimetri 5, viene posta la testa di un grosso feto in posizione traversale sinistra del vertice. — Il diametro biparietale è di 99 millim. e l'occipito-frontale di 120.

Digitized by Google

Si fa prima un foro dal lato dell'occipite, quindi altri 4 dal lato della faccia, fratturando le ossa di questa. Poche trazioni fatte col perforatore estraggono la testa. Qui fa notare l'Autore come fosse necessaria una riduzione di 49 mill. per eguagliare il diametro biparietale alla coniugata.

In un bacino rachitico ristretto artificialmente sicchè la coniugata è lunga 4 cent., è posto in posizione trasversale sinistra del vertice un feto nato morto il giorno innanzi. La sua testa ben conformata ha il diametro biparietale di 97 millim.; l'occipito-frontale di 115. Vengon fatti due fori dal lato dell'occipite e quattro dal lato della faccia. La sella turcica è traforata; pure le trazioni anche energiche sono vane. Si fa un nuovo foro all'occipite, e fatta presa sopra un punto vicino, la testa viene estratta col perforatore, mediante trazioni assai energiche, benchè molto minori di quelle che si esercitano spesso col forcipe sopra una testa incuneata.

Nel medesimo bacino ristretto come sopra, è messo nella medesima posizione (solo coll'occipite un po' indietro) un bambino morto di convulsioni 7 giorni dopo la nascita.

Il suo diametro biparietale è di 97 millimetri, l'occipito-frontale di 124, il bimalare di 87.

Si fanno due fori dal lato dell'occipite; quattro dal lato della faccia. Si toglie l'istrumento, e si tenta l'estrazione con un tira testa; ma la funicella ne è debole e si rompe. Si riapplica il perforatore, e fatto un foro dal lato della faccia, con qualche energica trazione si ottiene l'intento. — Tutto il cranio era appiattito; il diametro bimalare, benchè raccorciato di 2 cent. rimanendo di 57 millim., non avea potuto varcare l'ingresso che ponendosi di sbieco.

Da queste esperienze ne deduce l'Autore che anche in un bacino di 4 centim. può sperarsi di riescire ad estrarre col suo strumento un feto a termine; soprattutto ripetendo le sedute come Pajot col cefalatritore. — In questi gravi casi egli pensa che sarebbe ben fatto operare due o tre fori all'occipite, 5 o 6 alla faccia; lasciare quindi agire due o tre ore la natura, dopo le quali, disceso l'occipite, potrebbesi più facilmente raggiungere e rimpiccolire il diametro bimalare e far discendere la faccia.

Dopo queste esperienze l'Autore viene a narrare le storie di 20 casi clinici nei quali fu applicato il suo istrumento. Diciasette appartengono a lui stesso, due (la 16.ª e la 19.ª) al Wasseige professore all'Università di Liegi; ed una al Dott. Reynaert (Osserv. 20.ª) antico scolaro dell'Hübert. Queste storie sono assai interessanti a leggersi e mostrano palesemente quale sperimentato e prudente ostetrico sia l'Hubert; esse sono poi assai favorevoli al suo strumento, poichè mostrano come questo sia sempre riescito anche in casi di grave angustia pelvica; e come da lui si possa sperare con grande fiducia una fetotomia accompagnata da assai poco pericolo per la madre.

Dico *sempre*, poichè, sebbene in uno dei casi narrati dal Wasseige, vedendo questo ostetrico di non potere far buona presa, stimasse senz'altro opportuno l'estrarre il traforatore e compiere il parto col forcipe sega, accadde questo per l'idea poco giusta che fosse necessario attaccare il corpo dello sfenoide per ottenere l'impiccolimento del capo. E di più dimostra l'Hubert che in questo caso del Wasseige avrebbe bastato il cangiare di poco la applicazione della branca protettrice per cadere sulla parte della base che era necessario fratturare; e il Wasseige istesso confessa francamente essere probabile che, essendo più perito del nuovo processo, avrebbe saputo trarne vantaggio in questo difficile caso.

Nel seguente specchietto pongo sott'occhio le venti storie cliniche in discorso. Lo traggo dalla memoria dell'Hubert; ma per rendere più completa questa succinta esposizione, vi aggiungo le colonne 3.ª e 4.ª, e gli schiarimenti posti fra parentesi nella 1.ª colonna.

Digitized by Google

BACINO	Presentazione	Grandezza del Feto	Mezzi di estrazione	Morte	Accidenti infiammat.	Puerperio regolare
(*Osserv.* 15.ª) Bacino a cuore di carta da giuoco Diametro bisischiatico . . . 47 Millim. Distanza sacro-cot. sin. . . 25 »	Vertice.	A termine.	Traforatore (trazioni moderate).	1		
(*Osserv.* 3.ª) Coniugata . . . . 54 »	Tronco già escito.	»	Il Traforatore lascia la presa (1) (escita spontanea).			1
(*Osserv.* 5.ª) Coniugata . . . . 54 » (Dist. sacro-cot. destra notevolmente raccorciata — Rachitide)	Id.	?	Traforatore (facile).		1	
(*Osserv.* 11.ª) Coniugata . . . 55 »	Vertice.	Chilg. 3, 7 (senza cervello)	Traforatore (facile).			1
(*Osserv.* 12.ª) Coniugata . . . 58 »	Id.	A termine e forse oltre.	Traforatore (facile).			1
(*Osserv.* 7.ª) Coniugata . . . . 60 » (Promontorio deviato e prossimo alla parete cotil. sin. Ristretto anche il diametro bisischiatico)	Id.	Media.	(Escita spont. del capo).			1
(*Osserv.* 19.ª) Coniugata . . . 60 »	Id.				1 (2)	
(*Osserv.* 13.ª) Coniugata . . . 65 »	Id.	?	Traforatore (con certa forza).			1
(*Osserv.* 1.ª) Coniugata . . . 69 » (Anche il bisischiat. è rimpiccolito)	Id.	Più che media.	Traforatore (facile).	1		
(*Osserv.* 17.ª) Coniugata . . . 70 »	Tronco (versione podal.)	Chil. 2, 665.	Traforatore (facile).			1
(*Osserv.* 10.ª) Coniugata . . . 72 »	Fronte, quindi (artific.) Faccia.	Chil. 4 (senza cerv.)	Traforatore (facile).			1
(*Osserv.* 8.ª) Coniugata . . . 75 »	Vertice.	Chil. 3 (senza cerv.)	(Escita spontanea facile).			1
(*Osserv.* 16.ª) Coniugata . . . 75 » (Dist. sacro-cotil. rimpiccol.)	Id.	A termine.	Traf. (sembra con moderate trazioni).			1
(*Osserv.* 20.ª) Coniugata . . . 75 »	Id.	»	Traforatore (facile dopo escito il cervello).			1
(*Osserv.* 18.ª) Coniugata . 75 a 80 »	Id.	Chil. 3 ab. (senza cerv.)	Traforatore (moderate trazioni).			1
(*Osserv.* 9.ª) Coniugata . 75 a 80 »	Id.	»	Forcipe (agevole) (Erasi prima lasciato il parto alla natura).			1
(*Osserv.* 14.ª) Coniugata . 75 a 80 » (Stretto superiore molto inclinato).	Id.	Grande.	Traforatore (moderate trazioni).			1
(*Osserv.* 4.ª) Coniugata . 75 a 80 »	Faccia.	?	Traforatore (facilissima).			1
(*Osserv.* 2.ª) Coniugata . . . 80 »	Faccia.	Chil. 3 almeno.	Traforatore (moderate trazioni).	1		
(*Osserv.* 6.ª) Coniugata . . . 80 »	Vertice.	Chil. 4 circa.	Traforatore (facile).			1
				3	1 (2?)	15

(1) L'istrumento era ancora imperfetto. Coll'aggiungere alla trivella la lunga punta a tre-quarti, l'Autore dice di avere ovviato a questo difetto.

(2) È il caso del Wasseige, del quale ho già fatto parola.

Lasciando da parte il caso del Vasseige, che per le cose anzidette non può esser recato nè a prò nè a danno dell'istrumento d'Hubert, negli altri 19 casi si mostrò tale strumento valevolisssimo a ridurre il volume del capo sì da essere questo estratto od espulso con agevolezza; in un solo caso si dice che certo sforzo fu necessario all'estrazione.

Come strumento traente si mostrò pure efficacissimo, avendo una sola volta (e quando era ancora imperfetto) lasciata la presa; mentre riescì più o meno agevolmente ad estrarre la testa in tutti gli altri casi nei quali si usò come pinzetta traente, cioè in ben 15 casi. Nei tre rimanenti si abbandonò l'espulsione alla natura la quale in un caso mostrandosi inefficace, si ebbe ricorso al forcipe.

Favorevolissimo poi all'istrumento è l'esito dell'operazione

Digitized by Google

riguardo alle operate. Di 20 ne morirono 3 sole; e delle altre, due sole andarono soggette ad accidenti imfiammatori; le rimanenti 15 ebbero puerperio regolare. Il quale risultamento deve certo chiamarsi vantaggiosissimo qualora si consideri che in buon numero dei casi trattavasi di pelvi assai anguste, alcune anzi affette dal grado di angustia che suolsi da molti considerare come limite estremo della cefalotripsia.

E ancor più vantaggioso apparirà questo successo qualora si consideri che le donne che soccombettero, molto più ragionevolmente debbono dirsi vittime dello stato deplorevole in cui si trovavano prima dell'operazione, che dell'operazione stessa.

La prima delle morte, era difatti in gravissimo stato: pelle e labbra livide, estremità fredde, respiro ansioso, polso piccolo. — La seconda, prima di venire sgravata col traforatre avea per opera di altri ostetrici ricevute 6 dosi di segale, e subito tre applicazioni di forcipe ad intervalli di poche ore; e l'ultima volta le trazioni (al dir della donna) aveano durato da due ore. È pallida, fredda, ha polsi piccoli frequenti, occhio smarrito, e come velato. Vomita immediatamente tutto ciò che ella prende per estinguere l'ardentissima sete. Il ventre è sensibile alla più leggera pressione; l'utero è fortemente retratto sul feto. Questo stato non si aggrava per l'operazione, chè anzi migliora dopo essa; tantochè alla 12.ª giornata la donna era stimata già salva. Sopraggiunge allora *phlegmasia alba dolens*, per la quale è trasferita in uno spedale ove ella soccombe il 25.° giorno alla flebite suppurata con infiltrazione purulenta del tessuto connettivo del bacino.

La terza delle donne che morirono era, al momento dell'operazione, estenuata per un travaglio di sette giorni; gli organi genitali, e soprattutto la vulva, erano gonfi e sensibili, e l'utero fortissimamente retratto sul feto. Di più il secondamento non avvenne che dopo molti giorni; la prima placenta (trattavasi di parto gemello) non escì che il quarto giorno, la seconda l'undecimo. Dopo tre settimane, flebite suppurativa, infezione e morte al 40.° giorno di puerperio (1).

Certo nessuno potrà negare che la flebite non possa essere stata cagionata dai vari effetti di questo arresto della placenta nell'utero.

Che i risultamenti infausti dipendano in buona parte da circostanze accessorie, si può dedurre anche da ciò che miglior esito si ebbe proporzionatamente nei bacini molto angusti che nei più ampi. Difatto: « Nei restringimenti di un grado medio (da 66 a 80 millim.) si ebbero in 12 casi 2 morti, cioè il 16. 66 per 100; 10 casi di puerperio regolare cioè 83, 33 per 100.... Nei restringimenti estremi (di 65 millim. e al disotto) su 8 casi si ebbe 1 morte, ossia il 12, 5 per 100; 7 guarigioni o 87, 5 per 100; due casi di accidenti imfiammatori, 25 per 100; cinque casi di puerperio naturale, 62, 5 per 100.

Per dare ai nostri lettori un'idea più completa del modo con cui l'Autore si è servito dell'istrumento sulla donna viva riportiamo due delle sue storie.

Osserv. XI. *Primipara - Bacino di 55 millimetri - Posizione occipito-iliaca sinistra - Traforamento - Estrazione molto facile - Puerperio regolare.*

La donna è piccola, e presenta traccie profonde di rachitide, sopra tutto negli arti inferiori e nella colonna vertebrale, inclinazione forte del bacino, vulva assai portata indietro, parete anteriore del bacino schiacciata. La pelvimetria manuale mostra la coniugata di centimetri 5 ½ a 6; il pelvimetro di Van Huevel di 5 ½. Il travaglio del parto comincia il 1.° Marzo 1866; le acque scolano il 2.° a 4 ore antimeridiane; alle 5 il cuoio capelluto è rigonfio, e una piccola porzione di testa, leggermente disposta a schiena d'a-

(1) Quando siavi inerzia dell'utero l'Hubert non procede al secondamento artificiale per tema di emorragia. Per me (sia detto per incidenza) non posso seco lui consentire; parendomi troppo grave il pericolo di endometriti scettiche di flebiti e di infezioni, lasciando anche da lato la possibilità tutt'altro che remota di gravi emorragie interne. E stimo assai prudente il procedere all'estrazione della placenta. Ben inteso che introdotta la mano nell'utero, secondo il precetto del Bigeschi (Trattato delle emorragie uterine ecc. Firenze 1816. Vol. 2.°, Pag. 78 § 257) non ci porremo all'opera del distacco e dell'estrazione che quando i titillamenti della mano interna, congiunti alle forti fregagioni esterne dell'altra mano, avranno fatto entrare l'utero in contrazione e così agevolato il distacco, e prevenuta una emorragia dopo lo svuotamento dell'utero. Che se le fregagioni non bastassero, potrebbesi ricorrere alle iniezioni intrauterine fatte con acqua fredda. O invece di queste, o nel caso che queste fallissero, crederei si dovesse ricorrere alla segala. Un fatto recentemente occorsomi credo valga a confortare nell'uso della segala in questi casi. Non ha molto che fui chiamato da una partoriente per operare l'estrazione del capo dopo escito il tronco. Al mio arrivo anche il capo era stato espulso, ma il feto era nel più alto grado di asfissia. La donna non aveva ancora secondato, ma tutto in lei pareva decorrere regolarmente. Mi accingo perciò a prestare le mie cure al feto nella prossima stanza accanto al fuoco. Se non che, fra non molto, la levatrice che assisteva la donna mi chiama perchè si è mostrata forte emorragia. Corro alla donna, e trovo in realtà vistosa emorragia esterna. Da due libbre di sangue trovavansi fra le coscie della donna, che pallida, abbandonata, accusa con voce fioca la perdita della vista. I polsi sono quasi impercettibili, l'utero è rilassato. Tolgo i cuscini disotto al capo e pongo in opera i mezzi eccitanti che ho alla mano, mentre opero fregagioni sul corpo uterino, e ordino al marito di correre a prendere del *rhum*. Quindi mentre colla sinistra proseguo le fregagioni esterne sul corpo uterino, introduco la destra in vagina, e sento sporgere dall'utero una porzione di placenta e delle membrane. Prosegue l'emorragia. Ordino alla levatrice di dare una polvere di segala (ne tengo sempre in saccoccia una bottiglietta a tappo smerigliato) e comincio a fare qualche trazione sulla porzione di placenta che sporge dall'utero, coadiuvando sempre le trazioni colle esterne fregagioni, ma senza alcun successo. Insinuo allora la mano nell'utero, che prosegue ad essere completamente rilassato, e ad onta delle irritazioni fatte colla mano interna nulla si contrae. La placenta è in buona parte ancora aderente, ma la floscezza dell'utero non mi permette di distinguere i limiti fra placenta e utero. Poco stante però l'utero entra in contrazione che è qua e là più energica, e rassomiglia a moto vermicolare. Opero allora prestamente il distacco. L'utero tende a chiudersi energicamente d'avanti indietro, disponendosi la sua cavità a fessura trasversale. Ritiro la mano preceduta dalla placenta. L'emorragia è cessata, l'utero è fortemente contratto.

La donna prosegue ad essere fortemente abbattuta, e a presentare i noti segni di grave acuta anemia: la rianimo col rhum; e sostengo la contrazione uterina con fregagioni esterne, e fra poco con altra polvere di segale. Fatta poi una fasciatura all'addome, sotto la quale potevasi tratto tratto insinuare una mano per sorvegliar l'utero, a tempo debito, lascio la donna in guardia alla levatrice.

Digitized by Google

sino, corrisponde all'ingresso del bacino, ma senza far impeto contro il collo, che è dilatato come una *piccola palma di mano* (une petite paume de main). Il doppio battito sentesi a sinistra e molto in alto — Alle 11 di sera, il tumore siero-sanguigno è un po' cresciuto, ma la testa non si è affatto abbassata. La donna ha fatto nel pomeriggio due semicupi; e s'ingiunge di ripeterli nella notte

Il giorno 3 alle otto del mattino la dilatazione è quasi completa, il cuoio capelluto più tumefatto, e il promontorio ha prodotto una depressione più sensibile nel parietale sinistro che gli risponde. Scola meconio. Il doppio battito più non si avverte. La vescica forma un grosso tumore sopra il pube. Si decide di operare.

Si tenta la sciringatura, ma la sciringa non passa. Essendo la donna irrequieta, la si cloroformizza, senza però potere ottenere anestesia completa.

Introdotta la mano sinistra in vagina, si accorge l'Hübert che la forte deviazione della vulva all' indietro e la grande inclinazione dello stretto superiore renderebbero assai difficile l'operazione stando la donna così supina. Senza ritirare la mano, fa porre la donna sul fianco sinistro, e venendo così egli a rimanere alla parte posteriore della partoriente, gli è dato di condurre più agevolmente la mano e la trivella dall'indietro all'innanzi in direzione più parallela che sia possibile all'asse dello stretto superiore.

Forata la volta del cranio, introdotta in questo la trivella, e squagliato il cervello, che tosto esce in buona copia dal foro, introduce la branca protettrice alla parte posteriore e destra, cioè dal lato della faccia; ripone la donna supina, e opera quattro fori nella base.

Stava allora per portare la branca protettrice all'occipite, ma provando di fare prima qualche trazione, sente che la testa discende senza resistenza, e ne compie a poco a poco l'estrazione. L'estrazione del tronco obbligò a degli sforzi molto più considerevoli. Il feto senza cervello pesava 3 chilogrammi e 7 grammi. I parietali si lasciavano applicare l'un contro l'altro.

L'Hubert è d'avviso che nessun altro processo avrebbe potuto liberare la donna con tanta facilità, e con minor violenza pe' suoi organi. Il puerperio fu al tutto regolare.

Osserv. XII. *Primipara - Bacino di* 58 *millilm. - Posizione occipito-iliaca destra un poco posteriore - Sbrigliamento del collo uterino - Traforamento - Estrazione facile - Puerperio regolare.*

La donna è bassa, ha le membra inferiori assai corte, e cammina a modo delle anitre. La parete anteriore del bacino è appiattita, la coniugata ridotta a 58 millim.

Il travaglio si dichiara il 12 Marzo (9 mesi e 7 giorni dopo l'ultimo congresso sessuale). Le acque scolano il 13 a un'ora antimeridiana, quando il collo è appena disfatto, pochissimo aperto l'orificio, e la testa mobile al disopra dell'ingresso. Due semicupi le vengono fatti nel pomeriggio e altri due nella mattina del 14.

Alle 2 pom. di questo giorno la dilatazione dell'orificio non è che di 5 centim., alquanto tumidi sono i suoi margini, e incomincia a formarsi tumore siero-sanguigno del cuoio capelluto, che s'appoggia sull'orifizio uterino senza di stenderlo, neppure durante le doglie che tratto tratto sono decisamente espulsive. Le acque sono molto giallastre; il doppio battito irregolare e indebolito. Si fanno iniezioni ammollienti ogni due ore.

Alle 8 di sera era cessato il doppio battito, escono liquidi fetenti. La donna è accesa in volto, ha il polso frequente; e chiede di essere liberata; ma il diametro dell'orificio è sempre di soli 5 centimetri.

Alle 10 ½ dilatazione sempre la stessa, ma lo stato generale della donna impone di por termine al travaglio.

Il cloroformio benchè a lungo inalato non produce completa anestesia.

L'Hubert comincia dal fare una larga incisione ad ogni lato del collo, con forbici ottuse; incisioni che non danno più di un'oncia di sangue. Introdotta allora la mano sinistra e sovr' essa la trivella fin contro la volta craniale, ve la impianta per qualche linea. Quindi, come nel caso precedente, fa volgere la donna sul suo fianco sinistro. Allora, mentre un assistente tien ferma la testa all'ipogastrio, egli la impugna colla sinistra, compie il perforamento della volta e squaglia l'encefalo. Non avendo fatta la diagnosi della posizione che coll'esame del ventre, egli cerca di confermarla sondando la base colla punta della trivella, e riconosce di fatto che la doccia basilare trovasi a sinistra e in avanti; vi impianta alcun poco la punta per fissarvela senza traversare l'osso, e introduce la branca protettrice indietro e a sinistra, cioè dal lato della faccia; la donna è riposta supina. - Si mette in moto la trivella, che dalla resistenza mostra di attraversare una parte grossa; e nel modo già descritto sono fatti altri tre fori dal lato medesimo; quindi, sebbene si poteva essere certi che la testa era in tal guisa abbastanza scompaginata, pure per avere ogni riguardo all'orificio uterino preferisce l'Hubert di portare la branca protettrice dal lato dell'occipite e farvi altri due fori.

Procede allora *lentamente* all'estrazione lasciando così agio al capo di impiccolirsi man mano che viene svotandosi, e di prendere la direzione che più gli conviene. In tal guisa giunge senza fatica alla vulva. Il torace all'incontro arrestato all'ingresso non cede che ad energiche trazioni sul capo e sul collo.

Estratto il feto, si trova che il suo capo può essere agevolmente schiacciato colle mani sì da ridurlo a somigliare a una piccola sporta, inclusavi anche la regione frontale. Il suo diametro trasverso più lungo è il bimalare che è di 4 centimetri, ma può essere anche raccorciato colla pressione delle dita. — « Non vi è adunque bacino che non avesse potuto » lasciar passare una testa completamente demolita come » questa. » — Il puerperio è esente da ogni complicazione.

Esposti gli esperimenti e i fatti clinici che riguardano il suo traforatore, viene l'Hubert a paragonarne i risultamenti con quelli del *forcipe sega*, e del *cefalotribo*.

Dopo avere messo innanzi la statistica di questi due metodi di embriotomia, e fattane lunga e ingegnosa critica, si fa egli a concludere come segue:

1.°) Il traforamento del cranio (suo metodo) è sempre possibile nei casi ove la cefalotripsia, e la segatura lo sono;

2.°) Lo è ancora in certi casi nei quali queste due ultime non lo sono più, o non lo sono *mai state (Bacini assimetrici)*;

3.°) Si può usare più per tempo (ad orifizio ancor poco

Digitized by Google

dilatato, e che non ammetterebbe le due branche del cefalotribo o del forcipe sega);

4.°) È più facile;

5.°) È meno pericoloso;

6.°) Permette di abbandonare l'espulsione del feto alla natura o di procedere immediatamente alla sua estrazione, (fatto uso del forcipe sega, bisogna tosto estrarre i segmenti del capo perchè i margini della segatura potrebbero ledere le parti molli);

7.°) I limiti entro i quali può essere fatto il traforamento sono *almeno* estesi quanto quelli della cefalotripsia e del segamento;

8.°) I risultamenti che il metodo d'Hubert ha dati fin'ora sono più vantaggiosi di quelli degli altri due metodi;

9.°) L'istrumento d'Hubert essendo più facile ad applicarsi, più semplice e meno costoso (del forcipe sega) è più alla portata della generalità dei medici.

Considerazioni.

L'istrumento e il metodo dell'Hubert descritto nell'interessante memoria della quale intendo aver dato un brevissimo cenno, ha già eccitato critiche, e talune poco favorevoli. Il breve tempo che è corso dopo la pubblicazione del metodo di Hubert non permise a queste critiche d'inspirarsi all'esperienza clinica, nè tampoco si fondarono esse almeno sopra esperimenti sul cadavere; esperimenti che se non riproducono in tutto e per tutto il fatto clinico, valgono però sempre a dare gran luce in queste questioni di ostetricia operatoria.

Quanto a me la lettura della memoria d'Hubert non mancò di farmi buona impressione da un lato, e di eccitare dall'altro qualche dubbio. Ma per giudicare la cosa nel miglior modo che al presente da me si poteva, ebbi ricorso a molti esperimenti con bacini naturalmente angusti e cadaveri di feti. E penso anzi darne contezza ai nostri lettori per eccitarli, se non altro, a ripetere le prove prima di accettare o condannare il nuovo metodo belga.

Ma innanzi tutto, qualche considerazione sulla Memoria d'Hubert.

Ho già detto come in tutte le presentazioni sia stato questo metodo posto in opera; e come in ogni caso sia desso riescito a modificare in guisa la testa da farle *agevolmente* sorpassare l'angustia pelvica, e assai di rado con danno della partoriente. Questo è un risultamento che non può a meno di far buona impressione sull'animo del lettore.

Un dubbio però può nascere: Nei casi narrati dall'Hubert, era proprio necessario o utile ricorrere a un nuovo strumento, invece di quelli che già possediamo per diminuire il volume del capo del feto? Non avrebbe potuto in alcuni di questi casi bastare la semplice craniotomia seguita da un'applicazione di forcipe, o meglio ancora dalla estrazione del capo per mezzo del *cranioclaste* di Simpson usato come pinzetta traente? E negli altri casi di maggiore angustia, non sarebbesi forse ottenuto eguale risultamento col cefalotribo?

In realtà io sono persuaso che in alcuno dei suddetti casi di minore angustia e di angustia che verificavasi in un senso solo, (nell'antero posteriore) avrebbe bastato e agevolmente avrebbe compiuto il parto la craniotomia, seguita dall'applicazione del cranioclaste come pinzetta traente. — I molti casi di angustia pelvica trattati con buon successo dal Braun di Vienna in questo sol modo nei cinque mesi nei quali seguii la sua clinica, mi confermano in questa opinione. — Il cranioclaste, è buono strumento traente, dopo la craniotomia, poichè fa buona presa, mantiene il foro del cranio divaricato, e lontano dalle pareti del bacino che potrebbero occluderlo, e così provvede alla escita facile della sostanza cerebrale. Di più per qualche esperimento da me istituito nel cadavere, sono inclinato ad ammettere un'altra utilità di questa pinzetta traente: quella di fare inclinare in vari sensi la base del cranio, di guisa che essa incontri i vari diametri del bacino non in pieno, ma più o meno di coltello. Applicata di fatto all'occipite, lo abbassa; ed ecco la base, posta col suo diametro longitudinale di sbieco, varcare più agevolmente i diametri trasversi del bacino. Rimasta così la faccia al disopra dello stretto superiore col suo diametro bizigomatico in rapporto cogli antero-posteriori della pelvi, basta rotare e tirare il cranioclaste verso il lato cui la faccia è rivolta, per vedere il diametro bizigomatico farsi obbliquo e avvicinarsi a coincidere colla distanza sacro-cotiloidea. Se a questo infine si aggiunga una trazione all'innanzi e verso l'alto del parietale posteriore, si può sperare di ottenere un abbassamento dell'estremo posteriore del diametro bizigomatico istesso, che posto in tal guisa di coltello, più agevolmente varca l'ingresso pelvico (1).

Questi vantaggi però del cranioclaste non si potrà certamente sperare di ottenerfi quando la sproporzione fra la base della testa e il bacino sia di qualche rilievo, e soprattutto quando anche il diametro trasverso della pelvi sia notevolmente raccorciato, cosicchè il moto di flessione, che precede e agevola gli altri, non possa avvenire. Nel qual caso il cefalotribo può molto giovare schiacciando la testa dalla faccia all'occipite, e riducendola ad una forma atta meglio a varcare un bacino che trae al rotondeggiante.

Però considerando bene i casi clinici narrati dall'Hubert, parmi che anche in alcuni di quelli ove la coniugata non era assai ristretta, difficilmente avrebbesi potuto con altri metodi compiere il parto così agevolmente e con sì poco danno delle partorienti come accadde per opera del traforatore.

Darei volentieri un sunto di tutte le storie cliniche dell'Hubert per cercar di coonestare questa mia persuasione, ma la brevità di una rivista non me lo permettendo, mi contenterò di darne ad esempio una, la 17.ª

In essa più che mai sembrami riescisse utile il traforatore per la craniotomia dopo escito il tronco. La craniotomia dopo l'escita del tronco, è un'operazione assai difficile quando la testa sia arrestata allo stretto superiore, e tanto difficile che taluno (il Seyfert ad esempio) la ritiene impossibile. Credo poi indubitato che una trivella sia in questi casi il miglior craniotomo, trattandosi di farsi una via attraverso la base del cranio. Però leggendo il processo operatorio descritto dall'Hubert per traforare la base nel parto per le

(1) Il chiarissimo clinico di Milano Prof. Pietro Lazzati fece nel cranioclaste più lunga la porzione sopra articolare, affinchè quando lo si applica alla testa molto alta, non si sia obbligati di articolare le branche al di là della vulva.

Digitized by Google

natiche, non ne rimasi troppo soddisfatto. La *necessità* di rotare la faccia all'indietro quando essa (ciò che in vero di rado accade) non sia da natura colà diretta, questa necessità dico deve talvolta rendere impossibile l'applicazione del metodo d'Hubert. E poi quale necessità, diceva io, può esservi di una branca protettrice quando la base del cranio è rivolta in basso, e la trivella trapassata che l'abbia, si trova entro il cranio, e perciò nella impossibilità d ledere le parti materne? Sicchè io concludeva (e credo tutt'ora nel maggior numero dei casi buona la mia conclusione) che il metodo del Rizzoli sia in questa presentazione da preferirsi a quello d'Hubert.

Però nel caso narrato nell'osservazione 17.ª dubito che alcun altro metodo avesse potuto riescire con agevolezza e sicurezza pari a quella colla qnale vi riesciva Hubert col suo metodo.

Trattasi in questa storia di donna bassa, con arti inferiori corti e alquanto curvati. Aveva avuto un altro parto, che dopo quattro giorni di doglie era terminato coll'espulsione di un feto in istato di molto inoltrata decomposizione, e molto più piccolo di un feto maturo. Gli organi genitali erano perciò rimasti angusti come quelli di una primipara.

A termine di una seconda gravidanza entra alla maternità di Lovanio il 31 Marzo 1868. Alle 6 ½ di sera (dopo 24 ore di doglie) l'orificio è quasi completamente dilatato, il sacco è ancora intatto, e attraverso di lui sentesi un'ansa di cordone pulsante. Non si giunge neppur con due dita a sentire parte alcuna del feto per le contrazioni quasi continue, il palpamento esterno riesce difficile. Pure, attententamente palpando e ascoltando, si stabilisce diagnosi di presentazione del piano laterale destro, col dorso anteriormente. La testa trovasi alla fossa iliaca sinistra, e premendo si può condurla fin contro la parte sinistra della colonna lombare, senza che perciò addivenga sensibile all'esplorazione vaginale. A se lasciata, ritorna tosto al luogo di prima. L'angustia pelvica, e la procidenza del funicolo dando poca speranza di buon successo del rivolgimento esterno, l'Hubert desiste ben tosto da ogni tentativo.

Dopo circa un'ora, si procede al rivolgimento interno, e riesce facile il condurre in basso un piede, il destro, col calcagno rivolto a destra.

Poco stante, le pulsazioni del cordone si fanno deboli e si crede perciò necessario di affrettare il parto. Posto un laccio al piede, si fanno sovr'esso le trazioni. La discesa delle natiche nella scavazione, e l'estrazione loro richiedono trazioni considerevoli, e molto più il torace; sicchè solo dopo lunghi sforzi si riesce ad estrarre le braccia. Ma la testa rimane al disopra dell'ingresso, e la non si raggiunge che introducendo tutta la mano fino alla radice del pollice. Così si arriva a toccare l'orecchio sinistro che trovasi alquanto al disopra dell'ingresso, ma riesce impossibile giungere alla mascella inferiore. Il funicolo più non pulsa. La presenza del collo del feto, l'angustia della pelvi, e la costrizione dell'orifizio uterino sulla base del cranio non lasciano penetrare da alcun lato, e renderebbero impossibile introdurre le due branche di un cefalotribo, e molto più quelle del forcipe sega. La leva non può essere applicata perchè la testa troppo sporge all'innanzi al disopra del pube. Si decide per questo l'Hubert di far uso del suo traforatore.

Fatto alzare da un assistente il tronco del feto verso l'inguine sinistro, introduce la sinistra mano nella concavità del sacro e giunge ad insinuare due dita sotto il margine posteriore sinistro dell'orifizio uterino; spinge allora la branca protettrice in questa direzione. Essa trova da prima qualche resistenza, perchè le dita non la precedono abbastanza in alto; penetra tuttavia, e riesce applicata colla concavità rivolta all'innanzi e a destra. Introduce allora la trivella fino al disopra della doccia della branca protettrice, cioè fino all'osculo vaginale; articola le due branche, e colla scorta di sole due dita spinge la trivella fino alla base craniale che viene perforata opponendo essa tale resistenza da essere certi che si è incontrato un'osso piuttosto grosso e compatto.

Spinta la trivella *a fondo*, e dati i giri *complementari*, la ritira nel cranio; cangia alquanto la direzione dell'istrumento senza disarticolarlo, e tenta fare un nuovo foro nella volta, ma non fa che allargare il primo.

Fissate le due branche, fa qualche trazione, ed escono solo 15 a 20 grammi di sostanza cerebrale. Pure la testa cede a poco a poco; e quando essa ha varcato l'ingresso, rota egli lo strumento in guisa che lo stelo della trivella risponda in circa alla sinfisi del pube. L'occipite è condotto all'innanzi, e sollevando l'istrumento si estrae il capo. Il feto pesa senza il cervello escito per le due aperture (superiore e inferiore) grammi 2650.

Il perforatore, per l'inclinazione del capo prodotta dal sollevamento del tronco del feto, penetrò sotto l'orecchio sinistro, fratturando la rocca del temporale e le ali dello sfenoide, e giunse alla parte superiore e anteriore del parietale destro, che è molto depresso, e presenta una frattura che discende fino al suo margine inferiore. — Il puerperio fu al tutto normale.

In questo caso non v'ha dubbio che la presenza di una branca protettrice non sia riescita di grande utilità, fissando la testa che la mano non poteva tener salda, e soprattutto tenendo divaricate e lontane dalla trivella la vagina e il collo della matrice, permettendo così di procedere francamente e con sicurezza, in questa difficile ed ardita craniotomia. — Anche come pinzetta traente l'istrumento riescì in questo caso a buon fine; e avrebbe potuto come tale divenire *indispensabile*, se per avventura fossero state lese le vertebre cervicali, sicchè non si fosse potuto far trazioni sul tronco.

Veniamo ora ai bacini affetti da grave angustia; a quelli nei quali la coniugata ha meno di 66 millim. In questi casi presentò il perforatore d'Hubert dei vantaggi sopra il *cefalotribo* e il *forcipe sega?*

Dalle tavole statistiche date dall'Hubert sul cefalotribo, sul forcipe sega e sul suo strumento si può rilevare il seguente specchietto

	Numero dei casi	Morti	Accidenti infiammatori ecc.	Puerperi regolari
Cefalotribo. . . .	24	54, 16 %	8, 33 %	37, 51 %
Forcipe sega . .	33	18, 18 %	33, 33 %	48, 48 %
Traforatore . . .	8	12, 5 %	0,0 %	87, 5 %

Digitized by Google

Questi numeri parlano a grande favore dell' istrumento d'Hubert. Però bisogna considerare vari momenti statistici.

In primo luogo, come confessa lo stesso Hubert, il numero dei suoi casi è rilevantemente inferiore a quelli ove furono gli altri due strumenti applicati; e questo fatto è di non piccolo valore in una statistica comparativa.

In secondo luogo bisognerebbe avere avuto riguardo non solo alla coniugata, ma a tutto il resto del bacino. Bisognerebbe sapere in ogni caso se soltanto la coniugata era ristretta, o invece tutto il bacino era proporzionatamente rimpiccolito; oppure se trattavasi di bacino in cui alla generale angustia si congiungesse uno schiacciamento antero-posteriore; o se trattavasi di pelvi assimetrica ecc. ecc. Queste cose sono accuratamente descritte nelle storie dell' Hubert, ma si cercano spesso invano nelle storie dei casi ove si fece uso del cefalotribo e del forcipe sega.

Inoltre, quanto al cefalotribo bisogna considerare che lo strumento si è in questi ultimi anni assai perfezionato, e perciò la sua statistica sarà molto probabilmente per l'avvenire assai migliore.

Questi ed altri dubbi che si ponno sollevare contro la statistica comparativa, non valgono però a dimostrare l' inutilità del traforatore d'Hubert; ed io sono inclinato a credere che questo nuovo strumento abbia già reso qualche importante servigio in qualche caso di angustia pelvica grave.

Osserv. XV. *Bacino piccolo e assimetrico per rachitide e per zoppicamento del lato sinistro* (antico coxartrocace).

La donna estremamente linfatica, e gracilissima (chetive) ebbe già altro parto, e in esso fu assistita da ostetrici distinti, i quali vedendo che dopo tre giorni di travaglio, e malgrado buone contrazioni, la testa non si impegnava, ebbero ricorso al forcipe. L'applicazione ne fu grandemente difficile, e dopo energiche, prolungate e spesso ripetute trazioni essi disperavano di ottenere il loro intento, quando in un ultimo sforzo intesero un forte scroscio e videro la testa attraversare il bacino lacerando largamente il perineo. Il feto era assai piccolo, morto, e la sua testa era flacida, allungata, e tutta sconnessa. Il fatto si spiegò allora ammettendo una diastasi della sinfisi pubica. La sutura immediata del perineo ebbe buon successo. Non sopraggiunsero accidenti infiammatori di rilievo, ma un dolore alla regione anteriore del bacino rese l'incesso al tutto impossibile per più d'un mese e quindi penoso per parecchie settimane. — Verso il termine di una seconda gravidanza la donna è inviata alla maternità di Lovanio.

L'Hubert esaminandola attentamente non trova nella sinfisi pubica tracce di pregressa diastasi, sente invece nel pube destro sporgenze che egli giudica prodotte dal saldamento di fratture. L'una di queste occupa il ramo destro dell'arcata pubica subito sopra l'unione del pube coll' ischio, e riduce l'arcata alla larghezza di 2 ½ centimetri. L'altra occupa la branca orizzontale presso il confine interno dell'acetabolo, e non dista dal promontorio che di 3 ½ centim. al più (1). Ecco le misure di questo bacino prese sullo scheletro.

Diametro sacro-pubico (coniugata) . . .	76 a 77	millim.
Spazio sacro-cotiloid. sinistro.	48	»
» » » destro	25	»
Diametro trasverso preso didietro alle eminenze cotiloidee	65	»
Diametro trasverso in corrispondenza delle eminenze cotiloidee	53	»

I diametri obbliqui sono relativamente agli altri assai lunghi ma, per la forma a cuore che ha il bacino, la parte posteriore di questi diametri è clinicamente perduta; sicchè il sinistro si riduce a 55 millim. il destro a 60. Per eguale ragione è clinicamente inutile la parte anteriore della coniugata che può quindi considerarsi di soli 60 millim.

Esagerata è la curva del sacro; e dal suo colmo, al margine inferiore della sinfisi pubica corrono . . 87 millim.

Il diametro cocci-pubico è di	61	»
Il bisischiatico di	47	»
E l'arcata pubica è nel suo mezzo larga . .	25	»

Il più piccolo pugno non può traversare l' ingresso, e molto meno l' escita. Il forcipe anche vuoto non può in qualsiasi direzione attraversare queste aperture. Le sue branche introdotte ad una ad una non possono articolarsi abbracciando il capo che quando questo sia respinto 3 centimetri al disopra dell' ingresso.

Dichiaratosi il parto nella notte dal 1.° al 2.° Aprile, e scolate le acque alle 3 pom. le doglie durano frequenti e poderose fino alle 11 di sera senza produrre altro effetto che una tumefazione del cuoio capelluto; la testa non è impegnata che con piccolissimo suo segmento, e mostrasi molto flessa e in posizione occipito postesiore destra. Il doppio battito sentesi a destra; i piedi si avvertono poco sotto l'ombellico.

È proposta l'operazione cesarea; ma la donna, udito che il bambino poteva essere battezzato, ricusa di assoggettarvisi.

Si tenta allora con quasi niuna speranza il forcipe. Applica Hubert la branca sinistra, ma è costretto ad estrarla perchè impedisce l'applicazione della seconda. Insinua allora le dita della mano sinistra al destro lato del bacino penetrando più che può in quella spece di spiraglio che rimane fra il sacro e il pube, e sovr' essa mano riesce, non senza pena, a introdurre la branca destra, applicandola dietro l'acetabolo; dal qual posto però essa si porta per così dire spontaneamente all' innanzi, e quasi contro le sinfisi pubica. Conduce allora le stesse dita della mano sinistra verso la incisura ischiatica sinistra, e così vi guida la branca destra, insinuandola al disotto dell' altra per evitare l'incrociamento. Articolate le branche, la curva nuova guarda quasi direttamente a sinistra. Così vengono fatte da lui e dal suo robusto assistente, delle trazioni intermittenti, assecondando le doglie; ma dopo quasi un'ora di simili trazioni non si è ottenuto che un aumento di tumidezza del cuoio capelluto e forse un po' di allungamento del capo. Si stima perciò prudenza il desistere. Il doppio battito era ancora sensibile e di ritmo regolare, sicchè non si potè, come sarebbe stato utile, procedere tosto alla craniotomia.

Nel resto della notte le doglie si indeboliscono. Alle 8 del mattino (3 Aprile) la testa è nel medesimo stato. I battiti

(1) La sezione cadaverica dimostrò in realtà frattura consolidata dal pube destro, ma quest'ultima prominenza non era dovuta a callo ossificato; la branca orizzontale era fratturata al suo estremo interno, e riunita senza sporgenza.

Digitized by Google

del cuore fetale sono cessati. — La donna però trovasi in forte abbattimento. Pelle e labbra livide; fredde le estremità; respiro affannoso; polso piccolissimo. Si procede alla embriotomia.

Quattro dita della mano sinistra servono di guida alla trivella fin contro il cuoio capelluto ove essa viene impiantata, abbassandone più che è possibile il manico. La branca protettrice è applicata sull' articolazione sacro iliaca sinistra. Fatto un primo foro, e ritirata la trivella nel cranio, si dirige il becco dell' istrumento un po' più indentro e si fa un altro foro; poi un po' più infuori, e se ne fa un terzo. Ritirata di nuovo la trivella entro il cranio, si conduce con moti di sega la branca protettrice dietro la cavità cotiloidea sinistra, il che riesce agevole. In questa positura dell' istrumento si fanno due altri fori, che cadono sopra ossa voluminose.

La donna, più volte interrogata, non accusa frattanto dolore alcuno, se non quando sopraggiunge qualche contrazione, che viene assecondata con qualche trazione.

La testa però non discende; e siccome non si vuole assolutamente usar violenza, si cangia posto alla branca protettrice conducendola di nuovo davanti la sinfisi sacro iliaca sinistra; e operato un ultimo foro, solo per dar buona presa all' istrumento, si fissano colla vite le due branche insieme, e si riprendono le trazioni durante la doglia; le quali trazioni, benchè *assai moderate*, producono l' escita del cervello, e la discesa del capo. Durante le trazioni, la branca protettrice viene portandosi direttamente indietro, lo stelo della trivella sotto il pube. Eseito il capo, furono necessarie energiche trazioni per estrarre il tronco.

La base del cranio e la faccia erano state in vari punti fratturate; di guisa che la testa era affatto demolita, e per fino il diametro bimalare poteva essere dalle sole dita ridotto a 4 centimetri.

Dopo l' operazione, la donna prosegue ad essere abbattuta all' estremo ed eccitanti d' ogni guisa sono posti in opera. Però solo il giorno dopo si stabilisce qualche po' di reazione; ma sopraggiunge una sorda peritonite suppurativa che conduce a morte l' inferma in 5.ª giornata.

Alla sezione non trovasi negli organi genitali che una echimosi lineare orizzontale nella parte anteriore e inferiore destra dell' utero, cioè in corrispondenza del lato più angusto del bacino, e precisamente nel punto ove la branca sinistra del forcipe era andata a collocarsi. Non vi è però nell' utero traccia di rammollimento nè di endometrite.

Se ben si consideri da un lato la gravissima angustia onde era affetta questa pelvi e soprattutto la sua forma assimetrica, e dall' altro l' agevolezza con cui il traforatore giunse in breve e con quasi niuna sofferenza della donna, a farvi passare il capo di un feto a termine e morto poco prima; non si potrà a meno di riconoscere in questo caso l' utilità di questo strumento (1).

Faccio notare ancora come la forte flessione del capo siasi mostrata favorevole alla buona riescita di questo metodo. In questo atteggiamento del capo riesce facile al traforatore di raggingere lo sfenoide, e le ossa della faccia, e ridurre così anche il diametro bimalare.

Nelle osservazioni 11.ª *e* 12.ª che ho già esposte abbastanza estesamente (pag. 148 e 149) abbiamo un nuovo esempio di pelvi molto angusta (55, e 58 millim.) e di feto voluminoso, e con tuttociò di *agevole* buon successo del metodo d' Hubert.

Eguale buon successo è narrato nell' *osservazione* 7.ª. E qui trattavasi per soprappiù di pelvi assimetrica, essendo la linea sacro-pettinea destra di 65 millim. e la distanza sacro-cotiloidea sinistra di soli 35 millim.; e v' era anche ristrettezza del diametro trasverso dell' escita (71 millim.).

In questo caso forse la seconda branca del cefalotribo avrebbe trovato difficoltà ad insinuarsi, e a porsi nel necessario parallelismo coll' altra. Difatto, per applicare da questo lato la branca protettrice fu necessario fare un po' da lato la testa, cosa che non poteva non essere svantaggiosa all' applicazione di una seconda branca. Operato poi lo schiacciamento del capo dalla faccia all' occipite, sarebbe stato certamente necessario rotare la testa per metterne il diametro schiacciato in corrispondenza del diametro più angusto della pelvi, e non so se l' assimetria avrebbe permesso agevolmente questa rotazione. Al che aggiungasi non essere improbabile che l' angustia pelvica avesse resa necessaria, dopo la rotazione suddetta, una nuova applicazione di cefalotribo, e lo schiacciamento del capo da un lato all' altro, seguito da nuova rotazione.

L' esperienza mostrò in vero al Pajot che tali rotazioni accadono per lo più per forza delle contrazioni stesse uterine qualora, estratto il cefalotribo, si abbandoni il parto alla natura, per fare poi fra qualche ora nuova applicazione se occorra. Ma non sempre lo stato della donna rende possibile o prudente l' attendere; e poi, in genere parlando, a feto morto, non è egli cosa buona il terminare il più presto possibile il parto, a vantaggio, o anche solo a sollievo della povera donna?

Che il perforatore d' Hubert possa talora essere utile sopra gli altri strumenti, perchè può essere usato più presto di questi, tende a dimostrarlo anche la *osservazione* 13. In questo caso l' orifizio uterino non aveva che 5 cent. o 5 ½ di diametro, e v' era forte retrazione dell' utero addosso al feto, sicchè certo sarebbe stato tutt' altro che agevole l' introdurre le due branche del cefalotribo, e forse sarebbe stato imprudente, od impossibile ancora, l' imprimere al capo dei moti di rotazione dopo lo schiacciamento. Forse si dirà che anche in questo caso potevasi attendere la dilatazione dell' utero e il suo rilassamento. Voglio concederlo, ma mi si condonerà d' altro lato di ripetere ciò che or ora ho detto del *metodo di attendere*.

Dalle cose suddette mi pare possa dedursi che il perforatore d' Hubert ha già mostrato di potere in qualche caso speciale offrire qualche significante vantaggio sopra i metodi comunemente usati.

Ma vi ha forse di più: In alcune delle storie suddette è notato che la testa, dopo l' estrazione, era nei suoi diametri trasversi tanto rimpiccolita, che il bimalare, rimasto fra questi il maggiore, non misurava che 4 centimetri, e cedeva ancora alcun poco sotto la pressione delle dita. Ora questi fatti non tendono essi forse a far discendere il limite

(1) Si delinei sopra una carta lo stretto superiore di un bacino che abbia la forma e i diametri summentovati, e si vedrà a colpo d' occhio la somma sproporzione che doveva esistere fra esso e il capo di un feto a termine.

Digitized by Google

inferiore della embriotomia in modo rilevante, invadendo il campo delle operazione cesarea a feto morto? E dico della operazione cesarea, perchè il metodo della *cefalotripsia ripetuta senza trazioni* proposto dal Pajot non fu fino ad ora usato con successo al disotto di 50 mill.

Fatti clinici ulteriori varranno a sciogliere la questione; ma intanto non è irragionevole sperare a questo riguardo non insignificanti vantaggi dal metodo d'Hubert, visto come *agevolmente* siasi in qualche caso potuto con esso ridurre la testa a misurare in traverso a pena 4 centimetri.

Vengo ora ad alcuni esperimenti da me istituiti per provare il metodo d'Hubert, e paragonarne i risultamenti con quelli del cefalotribo, che è l'istrumento più in uso presso noi. Dei cadaverini di feto, e dei bacini più o meno angusti della raccolta del nostro museo ostetrico, e in qualche esperimento un bacino angusto vestito ancora delle sue parti molli, favoritoci dal nostro distinto collega il sig. Dott. Ruggi, furono i mezzi dei quali mi valsi. E quanto agli strumenti, il *perforatore* fu l'esemplare che possiede il museo stesso, venutogli dal fabbricatore di Bruxelles del quale si servì l'Hubert. I *cefalotribi* furono quello recentissimo del Prof. Rizzoli, e quello dei fratelli Lollini, cefalotribi che per la facilità d'introduzione e pel modo con cui schiacciano la testa, e tengono la presa, non dubito dichiarare i migliori di quanti io mi conosca (1).

Quando io ebbi la prima volta l'istrumento di Hubert dinanzi agli occhi, lo confesso, la sua mole mi fece non buona impressione; e soprattutto la larghezza del suo seno. Però, bene considerando il modo di sua applicazione, scemò tale impressione.

La sua maggior larghezza, compresa la grossezza delle branche, è di 65 millim. Ora considerando che l'istrumento non va posto in una determinata direzione, ma viene applicato dove più torna meglio in ogni caso speciale, si comprende che assai difficilmente si incontrerà un bacino che non permetta di articolare le due branche introdotte ad una ad una; poichè assai difficilmente si troverà un bacino che non abbia in qualche senso un diametro orizzontale di 65 millim. Al che aggiungasi che durante il *perforamento* della base, la maggior larghezza dello strumento trovasi più o meno al disopra dell'ingresso, cosicchè solo durante l'*estrazione* il diametro trasversale maggiore dell'istrumento viene in rapporto coi diametri della piccola pelvi.

Quanto all'*introduzione* dell'istrumento dirò che nelle mie esperienze non si ebbe mai significante difficoltà a introdurre la branca protettrice lungo le pareti posteriori laterali del bacino. Non parlo della trivella, che coperta alla alla punta di cera vergine, e preceduta da parte della mano come dice l'Autore, s'introduce senza danno per gli organi materni, o per la mano del chirurgo, essendo gli spigoli delle spirali assai ottusi, sicchè non possono ledere le parti che incontrano, se non quando l'istrumento faccia su queste una forte pressione, congiunta a un moto rotatorio.

Quanto alla *craniotomia*, la trivella trapassa assai facilmente la volta del cranio, sia che cada sovra parti ossee, o che s'impianti sopra parti membranose. Le schegge sono generalmente di poco rilievo.

Lo *spappolamento* del cervello richiede si roti a lungo e in varie guise la trivella, perchè la rilevante grossezza e la forma rettilinea non sono le migliori condizioni di un istrumento destinato al detto spappolamento. La forma a T del tiratesta d'Assalini è di gran lunga migliore. Bisogna perciò insistere molto nell'agitare e rotare in vari sensi la trivella, e cercar di perforare e lacerare i setti membranosi, se si vuole che grandi pezzi di cervello non rimangano intatti e al loro posto, con danno della cedevolezza del capo.

Lo *scandagliare* e *riconoscere* le varie parti della base è in genere cosa facile. — Subito nel primo esperimento potei far cadere il perforamento nel corpo dello sfenoide, e nella doccia basilare, e dividere la base per lo lungo in due metà eguali.

Non riesce però sempre agevole l'impiantare tosto la trivella ancora volante nel punto riconosciuto e prescelto al traforamento, come consiglia Hubert a fine di non perderlo mentre si articola l'istrumento. Ma non è del resto assolutamente necessaria questa previdenza; e basta, scelto che si abbia il punto, mantenervi spinta contro la punta della trivella, e nell'articolare le due branche, fare in modo che la trivella poco si smuova, ma la doccia della branca protettrice sia essa che le venga incontro ad accoglierla.

Quanto poi all'importanza di *perforare proprio il corpo dello sfenoide*, ho già detto come l'Hubert abbia dimostrato colle sue esperienze e co'suoi fatti clinici che il detto perforamento non è assolutamente *necessario* per ottenere anche non insignificante riduzione del capo.

Però l'Hubert dà grande importanza a questo perforamento per ridurre il diametro *bimalare*. — Dai miei esperimenti risulterebbe invece, che per ridurre il diametro bimalare bisogna dirigere la trivella contro la fossa anteriore della base del cranio; e, attraverso l'etmoide o attraverso le volte orbitali, spingerla a fratturare le ossa mascellari superiori. — Il perforamento del corpo dello sfenoide, e della doccia basilare dell'occipite non rende neppur sempre

(1) Questi vantaggi si sono ottenuti foggiando le cucchiaie a finestra come quelle del forcipe. — Questa modificazione rendendo per sè sola ben salda la presa, non è più stato necessario dare alle cucchiaie la rilevante grossezza di che abbisognavano per essere scavate a modo di vero cucchiaio, nè munirle di alquanto risentita curva cefalica; artifizi diretti appunto a rendere stabile le presa.

Le cucchiaie rese così sottili e liscie, s'introducono con più agevolezza; e il cefalotribo ridotto a seno più stretto schiaccia maggiormente il capo; mentre porzioni di questo insinuandosi nelle finestre, rendono saldissima la presa.

Per quanto io so, i signori fratelli Lollini furono i primi a pensare di rendere finestrato il cefalotribo. Lo prova un modello in legno del loro sfenotribo (cefalotribo munito di una trivella di Dugès) modello che già fino dal 1855 essi composero, benchè solo nel 1867 escisse alla luce tale sfenotribo, nella circostanza dell'Esposizione universale di Parigi. Il Breisky poi, al presente illustre clinico di Berna, senza certo aver potuto ricever contezza dell'istrumento Lollini, pubblicò nel 1866 in un giornale di Vienna una breve descrizione di un suo cefalotribo finestrato, assai buono pur esso, come ho potuto conoscere assistendo in Praga ad un suo corso di operazioni ostetriche, ma che forse ha il seno un po'troppo largo. — In fine il Prof. Rizzoli, accettando le finestre nel suo cefalotribo, che aveva fra gli altri pregi quello di potere la branca destra articolarsi anche al disotto della sinistra, ha dato l'ultima mano a questo omai perfetto strumento.

Digitized by Google

gran servigio, quanto alla riduzione del resto della base del cranio; difatto, con ciò si ottiene di potere aprire in due metà la base stessa, ma tentando di piegare le faccie superiori di queste metà l'una contro l'altra per ischiacciare trasversalmente la base, le due superficie di fratturamento vengono a mutuo contatto e vi si oppongono validamente. Assai meglio vale il fratturare ancora le grandi ali dello sfenoide (la fossa media della base) e le rocche petrose.

Quanto all'escita della trivella al disopra della base craniale, dirò che quando l'asta della trivella è a dovere insinuata nella doccia della branca protettrice, e quando le chiavette perfettamente abbassate ve la mantengono bene innicchiata, la punta della trivella non può a meno di andare a nascondersi nella tazzetta che trovasi all'apice della branca protettrice. — In uno de' miei esperimenti, non avendo bene abbassata la chiavetta superiore, la punta della trivella escì al davanti della branca protettrice, e avrebbe potuto così offendere le parti materne.

Quando poi l'apice della trivella è giunto nella tazzetta summentovata, cioè quando i manichi delle due branche si toccano, se si prosegue a far rotare verso destra la trivella dando i *giri complementari*, il ventre di questa comincia a sporgere al disopra della base seco traendo in alto colla poderosa forza di una vite l'istrumento intero. — Una tale sporgenza è giovevole perchè dilata sempreppiù il foro delle ossa e quello della pelle, e prepara così più libera escita all'encefalo, quando applicato l'istrumento a un altro punto, o toltolo affatto, si comincieranno le trazioni; ed io mi sono assicurato più volte che la polpa cerebrale esce a meraviglia per questi fori superiori, mentre l'inferiore chiuso in parte dallo stelo della trivella non le dà gran fatto libera escita.

Ma se i giri complementari si moltiplicano oltre i due consigliati dall'Autore, la trivella sporge troppo al disopra della base, e il suo ventre potrebbe senza dubbio offendere le pareti uterine. — Forse è prudenza il dare solo un giro complementario.

In uno dei primi esperimenti poi mi è accaduto di osservare un altro fatto: l'apice della branca protettrice trovandosi in parte fuori della base, la trivella si trovò non più in direzione perpendicolare alla regione del capo attraverso la quale doveva escire, ma in direzione assai obbliqua e prossima alla *tangente;* e così quando la sua punta giunse all'apice della branca protettrice, un lato del suo ventre era a nudo e avrebbe potuto recare offesa alle parti materne.

Questo fatto, che forse accadde per mia imperizia, non mi è poi più accaduto nelle molte esperienze che a quella prima tennero dietro, e forse è agevole evitarlo qualora si tenga il più possibile l'apice delle branca protettrice diretto verso il centro del bacino, e non si diriga all'avanti che quando siavi inclinazione del parietale anteriore; nel qual caso, e per meglio raggiungere la base, e per evitare il suddetto inconveniente, gioverà abbassare a un tempo i manichi dello strumento quanto più puossi contro il perineo. — Che se l'apice della branca protettrice venisse diretto verso le parti posteriori, sarebbe forse in pari tempo utile e prudente alzare i manichi dello strumento. — Quell'abbassamento e questo innalzamento hanno per iscopo di rendere la trivella perpendicolare al piano, attraverso il quale essa deve escire.

Per quanto ho detto fin qui non posso ammettere senza riserva la quarta conclusione dell'Hubert, cioè che il *traforamento del capo è più facile della cefalotripsia;* perchè *parlando in genere*, quest'ultima operazione è anzi più facile. Chi sa applicare un forcipe allo stretto superiore sa applicare il cefalotribo, e applicato che lo abbia, qual cosa vi ha di più agevole, e son per dire di più automatico, che schiacciare con esso il capo?

Lo sfenotribo all'incontro richiede una esatta diagnosi della *posizione*, richiede un'attenzione continuata per scegliere i punti della base da perforare, e accortezza e prudenza nell'imprimere alla branca protettrice i vari movimenti che vengono abbisognando. Sicchè non dubito di affermare che chiunque voglia applicare alla partoriente il metodo d'Hubert, è necessario vi si eserciti prima sul cadavere, se vorrà agire secondo le leggi di prudenza, e ottenere con sicurezza e senza stento il suo scopo.

Ho detto *parlando in genere*, perchè in casi speciali può il traforamento essere di gran lunga più facile che non la cefalotripsia. — Quanto all'*applicazione* dei due strumenti, non ho d'uopo recare a prova i miei esperimenti. Ogni ostetrico sa come talora riesca difficile, applicata agevolmente la prima branca del cefalotribo, introdurre attraverso di una vulva molto angusta o di uno stretto inferiore schiacciato in traverso, o di una scavazione, o di un ingresso in varia guisa deformi ed angusti, introdurre (dico) la seconda branca preceduta dalla mano che le serva di sicura guida alla voluta altezza. E ognuno sa come questi impedimenti possano giungere a rendere impossibile l'applicazione della seconda branca, o almeno a rendere impossibile di applicarla in modo da potere articolare e fare agire lo strumento a dovere.

Questo, quanto all'applicazione dei due strumenti. — Veniamo ora alla virtù che entrambi posseggono di *ridurre a minor volume la base del cranio*, e vediamo se vi può essere il caso in cui più facile la spieghi lo sfenotribo che non il cefalotribo. — Parlo delle presentazioni del vertice.

Quando il cefalotribo afferra e schiaccia la base successivamente in due suoi diametri più o meno perpendicolari l'uno all'altro, succede nella base stessa tale guasto, in parte per fratture, in parte per iscompaginamento delle giunture, che il capo è reso atto a passare per bacini i più angusti. Sono giunto così ad ottenere col cefalotribo Rizzoli i diametri trasversi del capo tanto ridotti che i maggiori della base e della faccia non giungevano ai 3 centimetri, mentre prima dello schiacciamento erano di 7, 1, e 6, 8.

Ma si può egli sempre ottenere di schiacciare il capo nei due versi anzidetti, per renderlo atto a passare per bacini tanto augusti? — Se uno di siffatti bacini non permette l'applicazione del cefalotribo che in un suo diametro, operato che si abbia il primo schiacciamento del capo, bisogna che questo venga rotato di circa un quarto di cerchio, acciocchè il diametro che deve subire il nuovo schiacciamento corrisponda in circa al diametro della pelvi che solo ammette l'applicazione del cefalotribo. Ora questa rotazione la potrà talvolta compiere il cefalotribo stesso rotando sul proprio asse. Ma nel più dei casi, in queste gravi angustie di pelvi, il cefalotribo non può rotare; e allora, non resta che

Digitized by Google

lasciare il parto alla natura, perchè compia essa la rotazione voluta, e renda fruttuosa la nuova applicazione del cefalotribo. — Però non sempre la natura sarà così benefica; e il moto di *rotazione spontanea* potrà non accadere o non accadere che dopo molte ore; o in fine potrà essere incompleto, sicchè non due, ma tre, quattro applicazioni di cefalotribo divengano necessarie.

Ora, essendo che in questi casi gravissimi il dover attender equivale non di rado ad aggravare il pericolo della donna, e sempre poi equivale ad un prolungamento delle sue non lievi sofferenze, io credo che ogni ostetrico coscienzioso debba assai di buon grado appigliarsi in tali congiunture ad un metodo (se pure esiste) il quale, non abbisognando della suddetta rotazione del capo, valga, senza molti indugi, a ridurre quanto è d'uopo il volume del capo.

E che il metodo d'Hubert possa in simili casi riescire a questi significanti vantaggi, spero lo mostrino le seguenti esperienze comparative.

1.ª **Esperienza.** — *Bacino rachitico di 4 centimetri - uso del cefalotribo.*

Il bacino è un preparato secco del nostro museo ostetrico segnato col N. 33. — È un bacino rachitico con ischiacciamento antero-posteriore, e postero-anteriore.

La coniugata vera è di	Centim.	4, 0
Il diametro straverso vero è di . . . . . ma passa al didietro del promotorio, e quindi, come diamentro trasverso, riesce inutile.	»	14, 8
Il diametro trasverso utile è fra le due eminenze ileo-pettinee; e misura	»	13, 9
Dalle ali del sacro alla parete anteriore, la distanza maggiore (che bruscamente decresce) è	»	5, 2
Vi è un falso promontorio fra la prima e la seconda vertebra sacrale, che dista dalla faccia posteriore della sinfisi pubica . .	»	5, 4
Lo stretto inferiore è ampio in ogni senso.		
Il cadaverino di feto ha le seguenti misure:		
Lunghezza	»	47, 5
Diametro mento-occipitale	»	12, 0
» fronto- »	»	10, 9
» biparietale	»	8, 6
» bitemporale	»	8, 0
» sotto-occipito-frontale	»	9, 8
» bimalare	»	6, 9
» bimastoideo	»	6, 6
» bis-acromiale (ridotto)	»	9, 4
» vertebro-sternale (ridotto) . . .	»	4, 6
» bitrocanterico	»	8, 1

Questo feto è posto all'ingresso del suddetto bacino in presentazione del vertice, in posizione trasversale coll'occipite a destra, e con lieve inclinazione del parietale anteriore o sinistro.

Fatta la craniotomia, e squagliato l'encefalo, si applica il cefalotribo del Rizzoli ai lati del bacino; e stretti colla vite completamente i manichi, rimane fortemente schiacciato il capo dalla faccia all'occipite; i diametri trasversi invece sporgono sempre più al disopra del pube; *formando bozze dure e incompressibili;* e ogni più energica trazione riesce inutile; l'istrumento mantiene però egregiamente la presa.

Si tenta allora di rotare il cefalotribo per condurre i diametri schiacciati del capo in corrispondenza della coniugata; ma l'angustia di questo diametro non permette la rotazione. Difatto fra il centro di una finestra del cefalotribo e il centro dell'altra, corrono millimetri 52; mentre al davanti delle cucchiaie il capo forma una bozza larga millimetri 46; e al didietro di esse branche un'altra bozza larga millim. 65.

Si toglie il cefalotribo, e si rota il capo in modo che il diametro fronto-occipitale corrisponda all'antero-posteriore del bacino. — Il volume e la resistenza che ancora conserva il capo rendendo superfluo ogni altro tentativo, si riapplica il cefalotribo, e si schiaccia la testa da un lato all'altro.

Durante questo schiacciamento si viene riformando al davanti delle cucchiaie una bozza resistente che rende vano ogni tentativo di estrazione; mentre l'angustia della coniugata prosegue a rendere impossibile la rotazione che al cefalotribo vorrebbesi imprimere per condurre i diametri schiacciati del capo a corrispondere alla coniugata. — Tolto però il cefalotribo, la testa è così scompaginata in tutti i sensi che il *cranioclaste* riesce ad estrarla facilmente.

2.ª **Esperienza.** — *Medesimo bacino - uso del traforatore d'Hubert.*

Sul medesimo bacino è posto nella medesima posizione un feto del quale ecco le misure:

Lunghezza totale	Centim.	52, 0
Diametro mento-occipitale	»	14, 0
» fronto- »	»	12, 2
» biparietale	»	8, 4
» bitemporale	»	7, 6
» sotto-occipito-frontale	»	10, 0
» bimalare	»	7, 0
» bimastoideo	»	6, 9
» bis-acromiale (ridotto)	»	10, 1
» vertebro-sternale (ridotto) . . .	»	5, 5
» bitrocanterico	»	80, 8

Coll'istrumento d'Hubert, usato nel modo già descritto, si fanno due fori dal lato dell'occipite, e quattro dal lato della faccia. — Si fanno trazioni anche energiche, ma riescono vane affatto, perchè l'istrumento esercita trazioni ben lontane dall'asse dell'ingresso, dirette invece assai all'innanzi, cosicchè il parietale anteriore impunta contro l'orlo superiore del pube; e benchè la base sia in frantumi e la volta cedevolissima, il capo non s'impegna. — Si porta allora la branca protettrice di nuovo all'occipite, per tentare se mai le trazioni da questo lato fossero più proficue; e fatto un nuovo foro per dar presa all'istrumento, si ripetono le trazioni; ma per la ragione summentovata ogni sforzo riesce vano. — Per vincere l'ostacolo trattavasi di comprimere il cranio. Tolto lo strumento, una leva poco curva riesce a meraviglia e fa abbassare l'occipite. Essa perde però la presa, e non vale a far discendere la faccia; a ciò riesce benissimo il cranio-claste.

La base trovasi veramente in frantumi. La doccia basilare, la sella turcica, e con essa il palato sono perforati. Due fori caddero ai due lati della fossa occipitale; uno nella fossa media sinistra; e altri due attraverso le due volte or-

Digitized by Google

bitali raggiunsero i due mascellari superiori. — (Dei tre fori fatti all'occipite due eransi confusi in un solo). — Il diametro bimalare da 70 millim. era ridotto a millim. 48.

Queste esperienze mostrano chiaramente che in quanto alla riduzione della base del cranio il *traforatore* d'Hubert può in alcuni casi avere dei vantaggi al disopra dei *cefalotribi* anche i più perfetti. Il cefalotribo di fatto, ogni qual volta per l'angustia pelvica non possa far rotare il capo dopo il primo schiacciamento, rimane inattivo finchè la natura non abbia prodotta la voluta rotazione; mentre il traforatore non abbisogna di tale rotazione, portandosi egli stesso ora in un punto, ora in un altro del capo a stritolarne quanto occorre la base.

Ma vi ha di più. — Vi sono bacini nei quali il cefalotribo non può neppure operare il primo schiacciamento. — Esiste nel nostro museo un bacino a forma triangolare con grande sporgenza del promontorio. In questo bacino lo schiacciamento delle pareti antero-laterali obbliga il cefalotribo a restare indietro ai lati del promontorio; la testa invece è dalla sporgenza del promontorio costretta a rimanere assai in avanti; chiudendo perciò il cefalotribo, la testa viene pizzicata nella parte posteriore dall'orlo anteriore delle cucchiaie e sfugge all'innanzi.

Il tempo, e soprattutto i mezzi (i cadaverini di feti) mi mancarono per istituire esperienze sopra altre forme di bacini; ma mi propongo di farlo quanto prima e nè darò conto ai nostri lettori.

Veniamo ora all'*estrazione* del capo, dopo il perforamento della base.

Ho già poco sopra accennato un difetto non lieve che ha l'istrumento d'Hubert usato come pinzetta traente: il difetto di trarre il capo, assai più che non fa il forcipe e il cefalotribo, contro la parete anteriore del bacino. — Ora se l'angustia non è grave, il cranio vuoto e cedevole per le fratture della base viene pian piano schiacciandosi, e discende senza sforzi significanti. — Questo vidi già nel mio primo esperimento fatto con feto bene sviluppato che avea vissuto qualche giorno, e sopra un bacino secco, reniforme, la cui coniugata era di millimetri 60. — Ma se la coniugata è più angusta, il cranio, sebbene cedevole a una lieve pressione fatta colla mano, impunta contro l'orlo superiore della parete anteriore della pelvi, e per poco che si tiri, vi si arrovescia sopra con una voluta che impedisce la discesa del capo.

Questo fatto che mi significò gentilmente il signor dottor Belluzzi quale risultamento di una sua esperienza fatta all'ospedale del Ricovero sul cadavere di donna affetta da bacino angusto; l'ho poi più volte io stesso verificato sperimentando sul medesimo bacino e su altri simiglianti.

Forse nella donna viva potrà in qualche caso la contrazione uterina e la resistenza e contrazione delle pareti addominali anteriori impedire che si formi questo ostacolo, nella stessa guisa che, come ho detto, una mano può senza fatica schiacciare il cranio che è cedevolissimo. Forse in bacini foggiati ad angolo nella loro parete anteriore per ischiacciamento obbliquo doppio (come quelli nei quali per lo più sperimentò l'Hubert) questo ostacolo non si ingenera, o è più lieve; ma certo è che esso, pel difettoso modo di trarre che ha l'istrumento, tende nel più dei casi a formarsi; che non si vince se non con più o men forte attrito contro le pareti anteriori della pelvi; e che in casi di significante angustia sarà certo anche nel vivo insormontabile.

Questo fatto non è però tale da far porre in dimenticanza i buoni servigi dell'istrumento che consistono nel fratturare e sconnettere la base. — Per la estrazione servirà qualche altro strumento.

La *leva* poco curva; il *tira-testa* di Assalini, il *cranioclaste* mi servirono benissimo a questo scopo. — La leva meno che gli altri, perchè sopra un cranio così cedevole essa ha poca presa. — Il tira-testa di Assalini è buonissimo strumento perchè, mettendolo a leva colla mano che l'impugna al manico, mentre l'altra stringendo più in su lo stelo gli serve come di fulcro, si vengono ad esercitare delle trazioni nella direzione dell'asse di *discesa*. — Il cranioclaste poi, oltre al vantaggio che ha comune col tira-testa e che consiste nel distendere le ossa del cranio e impedire così che si rovescino ed accartoccino sull'orlo dell'ingresso pelvico, presenta il grande vantaggio di mettere di sbieco in varie direzioni la base e la faccia, cosicchè incontrino di coltello le angustie della pelvi. Del quale vantaggio ho già tenuta parola (Pag. 150).

Ma il traforatore d'Hubert usato come pinzetta traente può presentare anche un altro svantaggio, qualora la branca protettrice sia applicata al lato della faccia. — In questo caso difatto il seno di essa branca soventi volte non è in tutta la sua larghezza riempito dal capo, e quindi al volume di questo si aggiunge, non solo la grossezza della branca protettrice, ma eziandio la parte del suo seno rimasta vuota, e proporzionatamente cresce la difficoltà della discesa. — Quando invece la detta branca si applichi all'occipite, questo viene a riempire tutta la larghezza del seno, e al volume del capo non si aggiunge che la grossezza della branca protettrice. E in vero in alcuno dei miei esperimenti, al solo cangiare di questa guisa l'applicazione della branca protettrice, vidi discendere facilmente il capo, che prima non cedeva alle più energiche trazioni.

E ritornando al cefalotribo, fenestrato, esso come strumento traente mi si è mostrato migliore del traforatore d'Hubert; migliore perchè abbassandone molto i manichi, si trae con esso il capo assai meno contro la parete anteriore della pelvi che non faccia il traforatore; migliore perchè, se la pelvi lo permette, si possono venire imprimendo al capo dei moti di rotazione che ne guidino i diametri maggiori dove lo spazio è maggiore. Anzi, se questa rotazione possa operarsi prima delle trazioni, potrà l'estrazione riescire oltre modo agevole, come ho potuto sperimentalmente osservare.

Però non bisogna dimenticare una cosa di massimo rilievo, già da me accennata poco sopra (pag. 156); voglio dire le due bozze dure e il più delle volte affatto incompressibili che forma il capo, stretto dal cefalotribo, l'una al davanti, l'altra al didietro delle cucchiaie; e che anzi spesso si estendono l'una verso l'altra, rovesciandosi sopra le cucchiaie che vengono ad esservi innicchiate e in parte nascoste. La testa adunque, stretta nel cefalotribo, non è più capace di cedere, di cambiar forma per addattarsi all'angustia e alla deformazione del bacino. Sicchè riesce agevole il comprendere come ogni sforzo men che moderato, fatto

Digitized by Google

per estrarre il capo col cefalotribo, debba riescire di pericolo per gli organi materni; e come la difficoltà possa divenire talora insormontabile. Ma si tolga il cefalotribo, si restituisca con ciò al capo la sua cedevolezza, si tragga con istrumento che non le tolga questa qualità necessaria (cranioclaste e simili) e si vedrà discendere con meravigliosa facilità una testa che solo a grande stento cedeva, o non cedeva anche a sforzi i più energici. — Questo fatto è così ovvio che io me ne accorsi tosto nel primo esperimento che feci col cefalotribo su bacino di significante angustia; e convennero meco nella verità del fatto il Sig. Dott. Severi supplente della clinica chirurgica, e il Sig. Dott. Giovannini assistente alla cattedra d'Ostetricia, i quali gentilmente mi assistevano. In altri esperimenti poi meco comprovò la cosa mio Padre, al quale vo debitore di paziente e sagace assistenza in queste mie ricerche sperimentali.

Questa osservazione spiega forse buona parte dei casi clinici nei quali, dopo avere tirato invano col cefalotribo, la testa discese facilmente, quando fu abbandonata alla natura; e spiega il caso narrato da Tarnier (sua edizione di Cazeau 1867, Pag. 1081) in cui, dopo avere schiacciata in tutti i sensi la testa e fatte energiche trazioni, durante le quali il cefalotribo avea più volte lasciata la presa, applicato il cranioclaste, al primo tentativo, la testa venne estratta. Nè forse è irragionevole, dopo questi fatti e clinici e sperimentali, il sospettare che in qualche caso si sarebbe potuto fare a meno della *cefalotrissia ripetuta*, e in altri sarebbe stato inutile moltiplicare oltre i due gli schiacciamenti del capo, secondo il metodo di Pajot, qualora, tolto il cefalotribo, si fosse fatto uso di una pinzetta traente simile al cranioclaste.

Nelle molte opere ostetriche, anche tedesche e francesi, da me consultate, non trovai ricordato questo difetto che ha il cefalotribo come strumento traente; un' opera eccettuata, quella di Joulin, ove a pag. 1080 se ne fa menzione, ma così alla sfuggita, che difficilmente chi legge si capacita dell' importanza di quelle poche parole; e certo io stesso non vi avrei posto gran mente se non avessi già prima coi miei occhi veduta la verità della cosa.

Ad onta però del silenzio degli ostetrici, non cesso dal sostenere *che nei casi gravi, dopo fatta la cefalotripsia, il mezzo migliore, e talvolta l' unico mezzo per estrarre il capo, consiste nell' uso del cranioclaste, come semplice pinzetta traente.* — La clinica è il tribunale supremo anche nelle ostetriche questioni; ma non sempre essa è capace di rendersi ragione di certi fatti meccanici, dei quali essa non vede che l' esito finale; e la spiegazione se ne deve cercare negli esperimenti, nei quali non solo il fine, ma tutto il processo del fatto meccanico ci sta davanti agli occhi, e dove ci si mostrano chiare e le ragioni degli insuccessi, e il modo onde si riesce ad evitare, o vincere gli ostacoli, e condurre così il meccanismo a buon fine.

Venendo ora alle presentazioni della *faccia* e a quella delle *natiche*, mi è d'uopo confessare di non aver ancor potuto moltiplicare i miei esperimenti in guisa da farmi una idea esatta della cosa.

Però, quanto alle presentazioni della faccia, dirò che quando essa sia perfetta, cioè non si abbia inclinazione frontale, nei bacini molto angusti, non si riesce gran fatto colla sfenotrissia ad attaccare la base, la quale non essendo orizzontale, ma più o meno perpendicolare, non può in genere venire che lievemente scalfita dalla trivella che penetra nel cranio attraversando la faccia. — Farebbero eccezione forse le presentazioni *mento posteriori*, nelle quali la branca protettrice può essere condotta ad applicarsi alla parte anteriore della base; ma appunto nelle gravi angustie antero-posteriori la posizione mento-posteriore è forse impossibile, e forse non si ha mai altro che una posizione trasversale.

Però la trivella che trafora in più punti le ossa della faccia, riduce assai bene il diametro bimalare; e impegnatasi meglio la faccia e svotatosi alquanto il cranio, mi riescì più volte di abbassare con una leva l' occipite; e convertita la presentazione in quella del vertice, e trattatala colla sfenotripsia, potei estrarre così il capo attraverso un bacino reniforme, di 6 centimetri. In un caso l' estrazione la feci collo sfenotribo stesso applicato al lato della regione occipitale che guardava la sinfisi sacro-iliaca; in un altro caso, la operai col cranioclaste.

Nel produrre il cangiamento di presentazione suddetto, bisogna non perdere di mira le schegge che potessero essersi formate nei vari traforamenti della faccia.

Quanto alla sfenotrissia *dopo l' escita del tronco* non farò che narrare un esperimento che dimostra le gravi difficoltà che essa incontra, qualora l' angustia pelvica sia rilevante.

Esperimento 3.° — *Bacino di 4 centimetri. (il medesimo usato per gli altri due esperimenti narrati a pag.* 156) *Cefalotripsia; sfenotripsia; utilità dell' uncino nell' orbita.*

Il cadaverino è quello di un grosso feto che ha ancora il funicolo aderente all' ombelico. Eccone le misure:

Lunghezza totale.	Centim.	53, 0
Periferia bitrocanterica.	»	26, 5
» bisacromiale (ridotta) . . .	»	32, 0
» fronto-occipitale.	»	35, 0
» sotto-occipito-frontale	»	32, 0
Diametro mento-occipitale.	»	14, 3
» fronto-occipitale.	»	12, 0
» biparietale	»	8, 7
» bitemporale	»	7, 9
» bimalare	»	7, 2
» bimastoideo	»	7, 0
» sotto-occipito-bregmatico. . .	»	9, 8
» » frontale. . . .	»	10, 2

Questo feto vien posto allo stretto superiore in presentazione dei piedi, dorso-posteriore. — Mediante trazioni sui piedi, si fa discendere nella scavazione buona parte del ventre; ma a questo punto riesce vana ogni trazione, essendo chè i visceri addominali, sospinti in gran parte nella porzione di bassoventre che rimane ancora allo stretto superiore, impediscono pel loro volume l' ulteriore discesa del feto. Penso allora di fare l' *eventrazione;* e fatta un' incisione nella regione ipogastrica, per essa, mediante lo stesso cranio-claste, estraggo gl' intestini. Discende allora facilmente tutto l' addome; ma gli archi costali trovano nell' orlo anteriore delle stretto superiore ostacolo insormontabile. Si crede che tale ostacolo dipenda dall' impuntare ed accartocciarsi dei detti archi sull' orlo osseo della pelvi; e si cerca di tenere abbassati e tesi gli archi costali facendo trazioni non più sui piedi, ma sulle pareti addominali anteriori, af-

Digitized by Google

ferrandole col cranioclaste la cui cucchiaia piena è introdotta nell'addome per la incisura dell'eventrazione. Così di fatto l'accartocciamento è minore, e il costato sinistro s'impegna, ma a sè lasciato, risale; mentre il destro non cede. Si esplora colle dita il cavo addominale, e si riconosce che il fegato deve porre ostacolo alla discesa del torace, e con un uncino ottuso lo si estrae tutto di un pezzo. Riprendendo le trazioni sui piedi, torna però in campo l'ostacolo insormontabile prodotto dall'impuntarsi e accartocciarsi degli archi costali; ma ripigliando a trarre col cranioclaste sulle pareti addominali anteriori, si toglie prontamente quell'ostacolo, e il torace discende con grande facilità (1). — Rimane allora al disopra dell'ingresso il grossissimo capo che, se fosse racchiuso nell'utero, non potrebbe certo rimaner volto col mento all'innanzi, tanto sporge al davanti del pube; e che perciò io roto col mento a destra. — Fatta la craniotomia colla piccola trivella del Rizzoli e col suo metodo, impiantandola cioe alla base dell'occipite, applico il cefalotribo del Rizzoli stesso, che schiaccia la testa dalla parte laterale destra della faccia alla laterale sinistra dell'occipite. Le trazioni col cefalotribo riescono vane; e tolto il cefalotribo, riescono pur vane le trazioni fatte colla leva e col cranioclaste, che fanno solo abbassare alquanto l'occipite. L'altezza del capo, e l'angustia pelvica non permettono di portare un uncino nell'orbita. — Applico allora il traforatore d'Hubert. Innanzi tutto, porto la branca protettrice alla sinfisi sacro-iliaca destra, cioè alla regione laterale destra della faccia. Ciò fatto, introduco la pera della trivella fino al disopra della doccia articolare; articolo le due branche; e colla scorta di due dita, conduco la punta della trivella al triangolo mandibolare; cosa assai delicata a cagione dell'angustia pelvica, che renderebbe assai prossimo il pericolo di ledere le parti molli che vestissero il sacro, e il pube. Imprendo allora i moti rotatori; ma durante questi, il becco della branca protettrice viene sdrucciolando in basso e indietro (fors'anche perchè la volta del cranio, sulla quale è applicato, fù malconcia dal cefalotribo) e per questo moto della branca protettrice viene sempre più dirigendosi indietro la trivella, *con pericolo di andare a ledere il promontorio.* Tenendo allora fortemente abbassati i manichi dello strumento per opporsi a questo pericolo, si opera il traforamento della base. Le trazioni riescono tuttavia inani; altro foro della base non si potrebbe operare a cagione dell'angustia pelvica che non lascia scoperto altro punto della base; si toglie perciò il perforatore. Il cranioclaste anch'esso non riesce ad estrarre il capo, lo fa solo alquanto abbassare, massime dal lato dell'occipite. La faccia invece, tutta portata alla destra del promontorio, è impegnata fino al diametro bimalare che trovasi incuneato fra l'ala del sacro e la parete pelvica anteriore, e impedisce la discesa. Si tenta, ma invano, di far abassare col cranioclaste l'estremo posteriore di esso diametro bimalare e mettere così la faccia di coltello. Si applica allora un piccolo uncino ottuso nell'orbita posteriore; e con forti trazioni si riesce ad abbassarla fin sotto l'ingresso; e posta così la faccia e la base di sbieco, la testa agevolmente passa. — La trivella avea perforato il mascellare superiore destro e l'orbita corrispondente, e con ciò ridotto il diametro bimalare. Senza questa riduzione, certo che neppure l'uncino avrebbe potuto ottenere l'intento.

Tuttavia, considerando le grandi difficoltà che in casi di *così grande angustia pelvica* presenta l'uso del traforatore quando si debba applicarlo *dopo l'escita del tronco;* e d'altro lato considerando i fatti clinici che dimostrano la grande facilità con che riesce in questi casi il *forcipe sega* che, al dire dell'Hyernaux, trova quivi appunto il suo trionfo, sono inclinato a credere che in simiglianti circostanze si debba dare la preferenza a quest'ultimo strumento.

Conclusioni.

Ora per compendiare in poche proposizioni il lavoro critico che precede, dirò:

1.° Quando non vi è significante sproporzione fra i diametri del bacino e quelli della base e della faccia (coniugata di circa centim. 6 ½), basta la craniotomia seguita da trazioni fatte col cranioclaste, che ha il vantaggio di mettere di sbieco i detti diametri fetali, e d'imprimere al capo dei moti rotatori, che conducano i più lungi dei detti diametri a coincidere coi più lunghi dell'ingresso pelvico. — Anche l'uncino possiede la facoltà di rendere obbliqua la base e la faccia, e può quindi recare buoni servigi (1).

2.° Nei casi di maggiore angustia pelvica, bisogna usare strumenti che diminuiscano il volume della base del cranio, quali sono: il cefalotribo, il forcipe-sega, il traforatore d'Hubert.

---

(1) In quasi ognuna delle osservazioni cliniche d'Hubert, si trova notato che, dopo la *facile* estrazione del capo, per l'estrazione del tronco furono necessarie *energiche trazioni.* Per questo pensai di tentare nei miei esperimenti l'*eventrazione.* Nel parto per le natiche essa riesce agevole assai; meno facile riesce nel parto pel capo: però vi sono anche qui riuscito. — Estratto il capo, io faceva un'incisione trasversale nella faccia anteriore del collo e per essa penetrava col dito indice nel torace. Dietro il dito, introduceva le lunghe forbici concave dell'Asdrubali, e stagliuzzato il pericardio ed il cuore, sfondava il diaframma e penetrava nell'addome. Allora con un piccolo uncino ottuso, cercava di estrarre i polmoni, il cuore, gl'intestini, e lacerare il fegato. L'estrazione più facile è quella degl'intestini; poichè, avutone fuori un'ansa, e su quella tirando, pressochè tutto il tubo intestinale si svolge ed esce. Ma l'estrazione degl'intestini è anche la più importante; difatto, tolti questi di mezzo, e frantumato coll'uncino il fegato, ho visto in genere che il tronco del feto non offre più resistenza all'estrazione. — Nell'esperimento 2.° narrato a pag. 156, dopo l'estrazione del capo, il tronco non cedeva che poco ad energiche trazioni; ma fatta nel suddetto modo l'eventrazione, esso discese pel proprio peso nella scavazione. — Qualora il capo dia impaccio allo sventramento, si può cominciare dal far la decapitazione.

(1) Il chiarissimo Prof. Massarenti, Clinico Ostetrico della nostra scuola, più volte non riescì, per la peculiare angustia o deformità della pelvi, ad afferrare col cefalotribo la testa in modo da poterla schiacciare. Egli allora, tolto il cefalotribo, riescì di sovente col solo uncino acuto ad estrarre la testa, nella quale era stata fatta la sola craniotomia. — Questi ed altri casi mostrano come gli uncini, a dovere usati, possano recare significanti vantaggi; e come non meritino l'obblio in che buona parte d'Ostetrici li vorrebbe sepolti.

Digitized by Google

3.° Nessuno di questi strumenti può in modo assoluto dichiararsi superiore agli altri; e molto meno dichiararsi il *solo necessario*, togliendo agli altri ogni utilità. — A seconda dei casi, torna meglio usare or l'uno, or l'altro.

4.° *a*) In ogni caso in cui si può applicare il cefalotribo, sembrami si possa applicare anche lo sfenotribo d'Hubert; ma siccome il cefalotribo presenta, in genere, maggiore semplicità nella sua applicazione, bisogna preferirlo ogni qualvolta l'ampiezza e la forma della pelvi, e la dilatabilità delle parti molli ne permettono l'applicazione priva di ogni violenza; purchè si possa ragionevolmente ritenere che o basti un solo schiacciamento del capo; o, essendone necessari due in vario senso, il bacino permetta una seconda applicazione del cefalotribo in un altro suo diametro, o permetta al cefalotribo, dopo il primo schiacciamento, di rotare il capo, senza violenza, di circa un quarto di cerchio. — *b*) Quando alcune di queste condizioni non si possano sperare, è più prudente ricorrere al *traforatore*, il quale può essere applicato anche con minore dilatazione dell'orifizio uterino; e soprattutto non abbisogna della rotazione suddetta della testa, recandosi egli invece attorno a questa per fratturarne quanto occorre la base. *A fortiori* poi dovrassi usare il traforatore nei casi ne'quali il cefalotribo non potesse venire applicato in verun modo; o, applicato che fosse, non potesse schiacciare il capo (bacino triangolare con forte sporgenza del promontorio). — *c*) Il *forcipe-sega* avrebbe sopra gli altri la preminenza, quando trattasi di ridurre il volume del capo rimasto allo stretto superiore dopo l'escita del tronco; purchè non si preferisca fare la detroncazione, e applicare quindi il cefalotribo, come usò il Lovati. (*Del parto istrumentale*).

5.° Nei casi di grave angustia pelvica, dopo avere usato o il cefalotribo o il traforatore d'Hubert, è necessario togliere questi strumenti, e abbandonare il parto alla natura, o eseguire l'estrazione con altri mezzi; cioè o colla leva (1) o col tira-testa, o meglio col cranioclaste (pag. 156 e 157); in qualche caso, con un uncino.

6.° Qualora si faccia uso del cefalotribo, dopo ogni schiacciamento, si applichi il cranioclaste; e si tentino le trazioni in vari sensi, e s'imprimano all'istrumento moti rotatori sul proprio asse. Forse, di questa guisa operando, in gran numero di casi si potrà fare a meno della *cefalotrissia ripetuta* del Pajot. E nel caso che sia necessario ripetere gli schiacciamenti, non è improbabile che il cranioclaste possa contribuire a rendere meno lunghi gl'intervalli fra uno schiacciamento e l'altro, coadiuvando e sollecitando la necessaria rotazione del capo.

7.° Nelle presentazioni della *faccia* e in bacini affetti da grave angustia, forse il miglior partito è quello di fare la craniotomia attraverso la faccia, coll'istrumento d'Hubert, o colla trivella del Rizzoli; convertire poi la presentazione in quella del vertice per mezzo di una *leva*, e trattarla quindi come si è detto delle presentazioni del vertice.

8.° Usando il traforatore d'Hubert o il cefalotribo, seguiti dall'azione *traente e rotante* del cranioclaste, è ragionevole sperare (nelle presentazioni cefaliche) una embriotomia efficace e innocua, anche essendo la coniugata di 4 centim., e forse anche più breve.

9.° Nei casi più gravi, può essere molto utile l'*eventrazione* per facilitare l'estrazione del tronco.

(1) V. la Memoria di mio Padre, Prof. Giambattista, che ha per titolo « *Uso ragionevole della leva in Ostetricia* » (Memorie dell'Accad. delle Scienze dell'Istituto di Bologna. An. 1863).

Sul valore del parto prematuro artificiale. (*Archiv für Gynaekologie Vol. 1.°*).

Con questo lavoro il Prof. Spiegelberg di Breslavia ritorna sull'argomento da lui trattato nel Congresso dei Naturalisti e Medici tedeschi, che ebbe luogo in Inspruch nel passato Ottobre. — Egli mette innanzi molti quadri statistici, fra i quali ecco quelli che più servono al suo ragionamento. Nei due primi non è tenuto calcolo dell'essere stato o no provocato il parto prematuramente.

1) Esiti di 985 parti in bacini la cui coniugata era più lunga di 8 centimetri.

Madri		Feti	
SALVATE	MORTE	SALVATI	MORTI
938	47 = 4,7 %	780	214 = 21,5%

2) Esito di 239 parti in bacini la cui coniugata era al più di 8 centim., ma nel maggior numero dei casi molto al disotto.

Madri		Feti	
SALVATE	MORTE	SALVATI	MORTI
205	34 = 14,2 %	100	141 = 58,5 %

3) Esito di 587 parti in bacini angusti, dichiaratisi spontaneamente.

Madri		Feti	
SALVATE	MORTE	SALVATI	MORTI
549	38 = 6,4 %	383	207 = 35 %

Digitized by Google

4) Esito di 219 parti prematuri provocati per angustia pelvica.

Madri		Feti		
SALVATE	MORTE	SALVATI	NATI-MORTI	MORTI POCO DOPO IL PARTO
186	33	73	77	71
	= 15 %		= 34, 8 %	= 32, 1 %
			148 = 66, 9 %	

Dai suddetti quadri statistici egli trae queste conclusioni

1.° *Non si deve provocare il parto prematuro in bacino la cui coniugata sia al disopra di 8 centimetri*, perchè in questo grado di angustia è troppo grande la probabilità di buon successo pel parto spontaneo; mentre l'esito del parto prematuro artificiale è quasi eguale a quello che il medesimo mostra nelle più gravi angustie della pelvi.

2.° *Essendo la coniugata al disotto di 8 centim., il parto prematuro artificiale deve esser riservato pei casi nei quali l'esperienza di parti pregressi renda probabile che si avrà a fare con feto voluminoso, e cranio assai duro, e con male presentazioni (ungünstige Einstellung zur Geburt); e quando siano a temere forti schiacciamenti degli organi pelvici che per avventura furono già dianzi malati.*

In onta alla rispettabile autorità dello Spiegelberg e di alcuni altri chiarissimi Ostetrici che si avvicinano più o meno alle idee di lui, confesso che la cosa mi sembra assai troppo oltre spinta.

Che il parto prematuro artificiale sia *delicatissima operazione* e perciò degna di essere in ogni caso pesata con esperimentato criterio, e trattata poi da abile e prudente mano, di ciò sono profondamente convinto; ma in pari tempo l'esperienza e il ragionamento mi rendono convinto che il restringere questa operazione entro i limiti segnati dallo Spiegelberg, equivalga a privare e madri e feti di uno dei più grandi vantaggi che l'arte nostra possa loro procacciare.

Quanto alla prima conclusione dello Spiegelberg, bisogna anzitutto stabilire in che modo va intesa.

Certo che in un bacino schiacciato *solo d'avanti indietro*, ma nel resto di ampiezza normale o a questa superiore, dandosi il caso di feto di media grandezza e a cranio *non soverchiamente duro*, potrà la natura con *energiche contrazioni* riescire lentamente all'espulsione del feto, essendo la coniugata anche di soli 8 centim. (poll. 3). Qui non si tratta che di far diminuire di circa 13 millim. (½ poll.), o meno, il diametro biparietale, od altro a lui prossimo, e minore, il quale durante la discesa si ponga in rapporto colla coniugata; mentre la testa, in compenso di questo suo schiacciamento trasversale, può venire allungandosi dalla fronte all'occipite. — Però sarà egli prudenza escludere il parto provocato fidandoci sulla virtù di forti contrazioni che possono poi mancare, sapendo che se queste mancano non potrà certo il forcipe vincere una sproporzione di 13 millimetri?

Ma se si abbia invece a fare con un bacino *uniformemente angusto in tutti i suoi diametri*, la cosa sarà assai più grave; poichè in questo caso tutti i diametri circoscritti dalla periferia fronto-occipitale, dovranno rimpiccolirsi; e sempreppiù, dovrà rimpiccolirsi il diametro fronto-occipitale quanto più viene la testa discendendo nella scavazione. Sicchè se in questi casi, pel concorso di circostanze eccezionali (straordinaria cedevolezza del cranio, e vigorosissime contrazioni), si potrà fare a meno della craniotomia, sarà ciò dovuto a un'insperata fortuna.

La incerta *flessione* del capo potrà in vero diminuire le difficoltà del parto, mettendo la periferia sotto-occipito-frontale, o meglio anche la periferia sotto-occipito-bregmatica, in rapporto coi diametri della pelvi; ma nel bilanciare l'opportunità del parto prematuro artificiale, non bisogna fidar troppo in circostanza che non siamo certi di potere neppure ad arte ottenere; i vantaggi della quale non bisogna esagerare, e che per avventura può riescire di grave pericolo al feto (1).

Ma ripeto che queste cose le ho dette solo per isvolgere la succinta conclusione dello Spiegelberg; essendomi ben noto come in Germania si dia gran peso alla differenza che passa fra bacini *parzialmente* angusti, e bacini angusti *in totalità*.

Vengo ora alla seconda conclusione del distinto Ostetrico di Breslavia; conclusione che non posso a meno di dichiarare esagerata, e funestissima ne' suoi effetti.

A che cosa di fatto, si ridurrebbe l'arte medica in genere, e l'ostetricia in ispecie, se l'esperienza clinica valesse a guidarci per analogia, solo in altre circostanze che si verifichino proprio nell'individuo su cui l'esperienza venne fatta? Non è invece scopo principale della medicina trarre dalla esatta osservazione di molteplici casi clinici conclusioni generali che in ogni successivo caso, congiunte all'esame delle circostanze che lo accompagnano, valgano a dirigerci nella cura di un morbo già in corso, o illuminarci nel modo di scongiurarlo, o renderlo meno funesto? Come potrà quindi un Ostetrico coscienzioso esimersi dal provocare il parto prematuro dinanzi ad una *primipara*, nella quale egli, ammaestrato dagli insegnamenti dei pratici e dalla propria esperienza, prevede che molto probabilmente il parto a termine non potrà effettuarsi senza grave stento, o forse senza il sacrificio della vita del feto?

Se non che forse mi si dirà che appunto lo Spiegelberg fonda sulla osservazione di molti fatti, compendiati in quadri statistici, la sua conclusione. — Ma io soggiungo che dai suoi quadri statistici non si può dedurre la sua conclusione.

Difatto, per giungere a *proscrivere in generale* come

(1) La forte flessione della testa può, secondo me, essere cagione di grave pericolo, e di morte del feto, quando il funicolo sia avvolto intorno al collo; poichè in questa circostanza il funicolo rimane compresso fra la mascella inferiore, ed il torace. Me lo hanno indubbiamente provato due fatti clinici testè occorsi nella Maternità di Bologna. Fatti che essendo di grande interesse pratico, pubblicherò quanto prima.

Digitized by Google

dannosa un' operazione, e accettarla come mezzo *eccezionale*, bisognerebbe che le statistiche mostrassero che questa operazione è di *sua propria natura* malefica; e che da circostanze eccezionali dipende che essa in qualche raro caso riesca a buon fine. Questo certo non può concludersi a danno del parto prematuro artificiale osservando il quarto dei suesposti quadri statistici. Esso ci mostra di fatto che delle donne solo 13 per 100 ne morirono; e dei feti 66 per 100, cioè poco più della metà. Come potrebbesi da queste cifre indurre ad una malefica azione inerente alla natura della operazione in discorso?

Ma paragonando l'un coll'altro i quadri statistici suesposti, potrebbesi mai per avventura dedurre che, sebbene il parto prematuro artificiale non sia di sua natura esiziale, pure, meglio convenga *in genere*, anche trattandosi di bacini grandemente angusti, lasciare il termine della gravidanza in balìa della natura, invece di affrettarlo col parto prematuro provocato? — Io non credo che i quadri statistici che fino ad ora possediamo sieno tali da condurre a questa grave conclusione.

Il fatto del parto prematuro provocato e de' suoi esiti, è, come tutti gli altri fatti clinici, tanto complesso, che solo tenendo calcolo dei moltissimi elementi di che si compone, può giungersi ad una statistica ferace di giuste ed utili conseguenze. Aspettiamo queste statistiche che già forse in Germania, per impulso di Spiegelberg e di Scanzoni, si stanno formando; uniamo alle loro le nostre forze; ma frattanto non precorriamo l' esito di questi importanti studi, a danno di un' operazione che trovò già l' assenso di tanti sperimentati maestri dell' arte.

Per me, lo confesso, ho ferma fiducia che tali statistiche riescirano favorevoli al parto prematuro provocato, mostrandone da un lato i vantaggi, e forse dell' altro scoprendo che da cause accidentali dipendevano non di rado i funesti successi.

In non pochi casi l' esito funesto per la madre e pel feto si vedrà che trasse origine da manco di esatta diagnosi, e si trarrà solo la conseguenza che maggiore circospezione è necessaria; che in casi dubbî, non solo due dita, ma tutta la mano dovrà introdursi in vagina a scopo di diagnosi; premettendo forse ancora all' uopo la *generale anestesia della donna.*

Quanto ai pericoli che sovrastano alla madre, forse si verrà meglio in chiaro delle cagioni che rendono l' operazione più pericolosa nelle Maternità che nelle case private; e se ne dedurrà che, almeno in certe circostanze, ad esempio durante epidemie di febbre puerperale, non si devono provocare parti prematuri in questi ospizi, ma collocare le donne a dozzina in case private. — Forse la statistica ci porrà sott' occhio quali nei vari casi debbono essere i mezzi usati a provocare il parto per rendere l' operazione il meno possibile dannosa alla donna.

Quanto all' esito dell' operazione riguardo al feto, chi non conosce la grande parte che vi può avere il metodo con cui viene provocato il parto? E una grande e ben fatta statistica potrà anche su questo spargere gran luce. — Ma certo i maggiori pericoli sovrastano al feto dopo la nascita pel suo stato di *immaturità*; e da circostanze accessorie dipende spesso il mantenersi della debole vita; prime fra le quali sono le cure che circondano il neonato. E la statistica, tenendo da un lato calcolo del manco di queste cure, verrà forse a scemare il numero delle vittime delle quali ora s' incolpa il parto prematuro artificiale; mentre dall'altro lato potrà forse formulare più sicuri precetti per condurre a buon termine queste importantissime cure (1).

Ma non è solo il ragionamento che mi fa essere proclive ad ammettere la grande utilità del parto prematuro artificiale; si bene, e molto più, a questo m'inducono i risultamenti fra noi ottenuti. I Resoconti, già pubblicati, della nostra Clinica ostetrica e dalla nostra Maternità ne provano il successo. A questi ora aggiungo l' esito della pratica privata dei Direttori di quei due Stabilimenti miei stimati Maestri. Nel che fare rendo grazie all' egregio Collega, e carissimo amico Sig. Dott. L. Gollinelli, Assistente alla Clinica Ostetrica, che mi favorì la statistica del Massarenti. — Voleva qui unire i casi di altri Ostetrici, della nostra città; ma la ristrettezza del tempo me lo ha impedito. Spero poterlo fare quanto prima.

---

(1) Giacchè mi si presenta così favorevole circostanza, non voglio omettere di accennare ai tentativi che a questo fine ho potuto istituire nel nostro *Balialico degli Esposti*, per gentile condiscendenza del prelodato Sig. Medico primario Dott. C. Belluzzi.

I feti immaturi sovente non poppano, e talvolta neppure inghiottono il latte posto loro in bocca; ovvero non fanno questi importanti atti che in modo insufficente; e ben presto alla congenita debolezza si aggiunge quella dell' inedia. Pensai quindi operare in essi *metodicamente* l' **allattamento forzato**, spingendo fin dentro lo stomaco una siringa di gomma elastica piuttosto molle (siringhe inglesi *nere*) e per essa iniettando latte muliebre mediante uno schizzetto. Questo mezzo mi diede tosto qualche esito rincorante; e già nel 1865 ne parlai nella Rivista Clinica di Bologna, nel fare la storia di un caso di *Cianosi di un neonato per enfisema del mediastino.* Ma in seguito perfezionai il metodo, aggiungendo al latte materno un infuso d' arnica (3 in 40) che valesse ad eccitare la funzione di quei deboli stomacuzzi, e dirigendo speciali cure all' eccitamento generale dei bambini, tanto proclivi all' abbattimento e alle ipostasi polmonari che ne sono l' effetto. Come eccitanti generali, usai il suddetto infuso d' arnica somministrato anche fra un' alimentazione e l' altra; e vi aggiunsi l' applicazione dei senapismi ripetuta spesso (circa ogni tre ore). I quali senapismi eccitano il sistema nervoso, e di più inducono sovente il pianto, e quindi profonde inspirazioni, utili a perfetta ematosi; mentre la derivazione sanguigna che essi producono verso la cute, scarica i visceri interni, e previene o tende a togliere le ipostasi. S' intende di per sè che a queste cure deve andar congiunto, quando occorra, il *riscaldamento artificiale*, che nel nostro Ospizio si fa con vasi di terracotta, o meglio di peltro, ripieni di acqua calda, che si pongono ai lati, e talvolta anche al disotto del bambino. — Questo metodo ha già dato non pochi buoni risultamenti nel nostro Ospizio, e anche riguardo a bambini non immaturi, ma che per generale depressione più non erano capaci di inghiottire. Uno splendido successo è poi quello ottenuto in questa guisa dal Sig. Dott. Belluzzi nella sua pratica privata, su di un feto nato da parto prematuro provocato a 7 mesi e una settimana, che pesava solo grammi 1860. Per ben 12 giorni si potè così tenere in vita il bambino, che a questo punto cominciò a poppare; potè essere posto a balia, e tutt'ora è vivente e vegeto, ed ha già quasi tre mesi. In questo caso il Dott. Belluzzi aveva unito all'allattamento forzato l'uso di qualche clistere nutritivo. — L'allattamento forzato è cosa facile. Le nostre infermiere hanno subito imparato ad operarlo assai bene, e lo ripetono giorno e notte, circa ogni tre ore. Bisogna però continuarlo finchè il bambino è capace di suggere od inghiottire latte in *copia sufficiente.*

Digitized by Google

Parti prematuri provocati per angustia pelvica.

N. progressivo	BACINO	Epoca della Gravidanza	Mezzi usati	Madri: Salvate	Madri: Morte	Feti: Salvati	Feti: Nati Morti	Morti poco dopo	Osservazioni
1	Coniugata interna. . millim. 84	otto mesi	Docciatura intravaginale	1	—	1	—	—	Si praticò il rivolg. cefalico esterno essendo il feto posto trasversalmente
2	» » 84	»	id.	1	—	1	—	—	
3	» » 84	»	id.	1	—	1	—	—	
4	» » 84	nei primi giorni del 9.° mese	id.	1	—	1	—	—	Rivolg. esterno cef. presentandosi il feto per le natiche
5	» » 84	otto mesi	id.	1	—	—	—	1	Presentazione trasversa originaria del feto. Rivolgimento interno, dopo alcune ore dallo scolo delle acque
	Pratica privata del Massarenti.			5	—	4	—	1	
6	Rachitico . . . . . poll. 3 scarsi	otto mesi	Docciatura per 2 giorni	1	—	—	1	—	Parto per le natiche, assente l'Ostetrico
7	» » 3	7 ¾	Docciatura; quindi rottura del sacco	1	—	1	—	—	
8	» » 3	»	Docciatura; siringa nell' utero; segale	1	—	—	1	—	Parto per le natiche, assente l'Ostetrico
9	» » 3	»	Docciatura	1	—	1	—	—	
10	» » 3	»	Laminaria; dilatazione istrumentale; rottura del sacco, ecc.	1	—	1	—	—	
11	» » 3	»	Docciatura	1	—	—	—	1	Morto dopo 12 ore. Presentò epatizzazione polmonare congenita
12	» » 3	»	id.	1	—	1	—	—	
13	» » 2,10	»	Docciat.; siringa segale	1	—	1	—	—	
14	» » 2,9	»	Docciatura	1	—	—	1	—	Craniotomia
15	» e infantile » 2,8	»	Docciat.; siringa segale	1	—	1	—	—	
16	» » » 2,8	»	Docciatura	1	—	1	—	—	
17	» » 2,6	7 ¼	Docciat.; siringa segale	1	—	1	—	—	Allattamento forzato per 12 giorni
	Pratica privata del Belluzzi.			12	—	8	3	1	

Questo quadro benchè piccolo non cessa di esser molto favorevole al parto prematuro provocato. Difatto egli mostra che *tutte* le donne furono salve; che dei feti se ne salvarono in ragione di 70, 5 0/0; e ne morirono nella proporzione di 30 0/0; dei quali 18, 2 0/0 nacquero morti; 11, 8 0/0 morirono poco dopo il parto. E fo notare che, quando dico *salvati*, intendo dire che sopravvissero; poichè di tutti si ebbero buone notizie dopo parecchi mesi.

Ma considerando le cose notate nella colonna delle *osservazioni*, è facile accorgersi che i feti morirono più che altro per circostanze affatto accidentali. — E se anche vogliamo ammettere con taluni Ostetrici che l'operazione in discorso favorisca le male presentazioni del feto, non è improbabile che nel caso 5.° se il rivolgimento avesse potuto operarsi prima, il feto si fosse potuto salvare come nel 1.° e 4.° caso; e che se nel 6.° e 8.° l'Ostetrico fosse stato presente al parto, avrebbe potuto salvare i due feti, sollecitandone l'escita; come spesso occorre fare nel parto per le natiche, quando, escito in parte il tronco, il travaglio si rallenta, e il feto corre pericolo di *asfissia* per la compressione del funicolo.

Digitized by Google

Mi sono forse troppo a lungo trattenuto su questo articolo; ma vi fui indotto dal desiderio di oppormi, per quanto è possibile, a una tendenza che io stimo funesta alla pratica, e che è tanto più a temersi, in quanto che viene da Persone autorevoli caldeggiata, e difesa.

Prolasso del funicolo.

Il Massmann ne dà nel giornale medico di Pietroburgo una interessante statistica di 413 casi, dei quali 53 osservò egli stesso. Eccone una esposizione schematica.

			vivi	*morti*
1) *Presentaz.* trasverse e obblique. Rivolgimento ed estrazione. . . . . (43 casi)			49 %	51 %
2) » delle natiche (60 casi)	Decorso naturale		50 »	50 »
	Estrazione. . . .		58 »	42 »
3) » del capo . . (310 casi)	Decorso naturale		34 »	66 »
	Forcipe		61 »	39 »
	Rivolgimento . .		46 »	54 »
	Riposizione . . .		73 »	27 »

L'autore vuole si operi la riposizione colla mano, introducendola tutta intera; e se la ristrettezza dell'orifizio uterino lo impedisca, vuole si segua il consiglio di Hildebrand, cioè lo si dilati prima artificialmente (*Vierteljahrschr di Praga V.* 203).

Molto utile poi è la posizione della donna *sulle ginocchia e sui gomiti* per agevolare l'introduzione del funicolo; posizione già consigliata da Camper e Deventer. Lo dimostrano i due seguenti fatti di Kidd (The Dublin Quart. Journ. Ag. 1868). Nel primo caso, circa sei pollici di funicolo erano prolassati fra la testa e il labbro anteriore dell'utero. La posizione suddetta della donna bastò *sola* per determinare il funicolo a rientrare *spontaneamente*. Dopo alcune doglie, la donna è riposta nella giacitura ordinaria, e il parto si compie normalmente. — Nel secondo caso circa 12 pollici di funicolo erano procidenti, e, ad onta della posizione suddetta della donna, la riposizione pareva non volesse neppure ad arte riescire. Tutta la mano viene introdotta per fare in caso di insuccesso il rivolgimento. Ma non appena il capo fu alquanto respinto indietro, la riposizione riescì facilmente. Rimessa la donna, dopo alcune doglie, nella primiera posizione, si ebbe il parto di un feto vivo.

Raro ostacolo al compimento di un parto gemellare. (Berl. med. Vochenschr. *Vol.* 3.° *fasc.* 2.°).

La donna è secondipara. Dopo circa 5 ore di forti doglie, scolano le acque; e tosto un feto, in presentazione delle natiche, è espulso fino al collo - cessano i dolori. — La levatrice tenta, ma invano, l'estrazione del capo; e ben presto cessa il funicolo di pulsare. — Ma un altro feto vivente rimane nell'utero; e la levatrice, accortasene, manda per l'ostetrico, il Dott. Rinteln di Amburgo. — Questi giunto non può all'esplorazione vaginale formarsi un'idea dell'ostacolo. Non sente che ovunque ossa, senza poter ravvisare il mento o qualche sutura. Prudenti, ma energiche trazioni sul tronco escito non riescono a nulla. — Tenta allora il forcipe; e dopo alcune moderate trazioni, a sua gran meraviglia, estrae il capo del secondo feto. Ne accelera l'estrazione e lo ottiene vivo. Le tracce lasciate dal forcipe mostrano che la sua testa presentavasi col vertice in posizione trasversale. — Uncinato col dito il mento del feto morto, ne estrae facilmente il capo. — La salute della madre e del bambino rimase perfetta.

Retroversione dell'utero gravido.

Il Prof. T. Halberstma ne pubblicò nel *Monatschrift fur Geburtskunde etc. Dec.* 1869, alcuni casi.

Una donna di 24 anni non aveva dalla metà di Dicembre 1866 avuta la mestruazione. Il 14 Aprile 1867 accusò per la prima volta difficoltà nell'emettere le urine. Avea frequente stimolo ad urinare, e l'emissione era dolorosa. Ben presto si stabilì completa iscuria che però il 21 Aprile cedeva il posto a una incontinenza di urine. L'alvo era costipato, e furono per questo usati purganti; ma presto sopraggiunse anche incontinenza delle fecci.

A questo punto fu visto essere l'ano dilatato e grande più di un tallero (circa come un pezzo da 5 lire) e da esso sporgere un tumore. — Negli ultimi giorni di malattia la donna si lamentò di peso al capo, poi cadde in perfetto sopore, nel quale stato venne a morte il 25 Maggio. (Morte per uremia). La donna non avea voluto accondiscendere ai consigli del medico. Il Dott. Halberstma non la vide che dopo la morte. Ne fece la necroscopia ed eccone il risultamento:

Attraverso le pareti addominali sentesi un tumore che sale fino al disopra dell'ombellico (vescica urinaria). Il retto è aperto, come già si disse; e ne sporge un tumore entro il quale sentonsi *piccole parti* di un feto. La vagina è quasi colmata dall'utero. Dietro la sinfisi pubica entrasi in un *cul di sacco*, ma non è dato sentirvi la porzione vaginale del collo. Aperto il ventre, si incide e vuota la vescica urinaria enormemente distesa per urina. Dietro essa trovasi l'utero retro-verso e retro-flesso. Insinuato al didietro dell'utero la mano, e rialzatone alquanto il fondo, scatta esso come una molla, riducendosi in posizione normale. L'ulteriore osservazione dell'utero non mostra nulla di abnorme. — La vescica urinaria mostrasi tumida nella sua mucosa, e ipertrofica nelle sue colonne muscolari.

Il Dott. Halberstma crede questo fatto piuttosto unico che raro, per la sporgenza dell'utero attraverso dell'ano dilatato. Questa dilatazione spiega secondo l'Autore l'incontinenza delle fecci.

L'Autore racconta in seguito di altri due casi di retroversione dell'utero gravido ridottosi spontaneamente in circa 24 ore colla semplice giacitura sul fianco, dopo avere vuotata la vescica che era distesa da grande quantità di urina. Nel primo caso la gravidanza era al 5.° mese, nel secondo al 3.°. In questo il bacino era alquanto angusto, la coniugata diagonale misurava centimetri 11; si era tentato di ridurre l'utero, ma non si era ottenuto che assai poco.

L'Autore è però lontano dalla opinione che ammette la retro-versione e retro-flessione dipendere in questi casi dalla distensione della vescica. Egli sembra ammettere che talora l'utero fosse già retro-verso o retro-flesso prima del concepimento; tal'altra volta lo sia addivenuto dopo, esagerandosi forse il lieve stato di retro-versione che, secondo Martin, si osserva sempre nel secondo mese di gravidanza. Ammette però come indubitato che la distensione della vescica mantenga e aumenti il dislocamento uterino.

Digitized by Google

I fatti suesposti mostrano ad evidenza quanta parte abbia lo svuotamento della vescica nella riduzione di questi dislocamenti dell' utero; e conferma la giustezza della pratica di procedere alla puntura ipogastrica della vescica, qualora per la gravezza del caso, non sia più possibile la sciringatura.

Rammento però che una grande autorità, il Kiwisch, afferma che *quasi sempre*, operando a dovere, si riesce ad introdurre la sciringa in vescica.

Sulla giacitura normale dell'utero.

Il chiarissimo clinico ostetrico di Lipsia, il Prof. Credè, ha testè pubblicato nell' *Archivio di Ginecologia* un interessante lavoro frutto di molti anni di osservazione. E tanto più interessante, in quanto che viene a porgere autorevole conferma alle idee non ha molto emesse da Winkel da Schröder e da Panas. A mal in cuore sono costretto dai limiti di questa mia rivista a non riportarne che quasi le nude conclusioni.

A) **Stato puerperale.**

1) *Nel puerperio le anti-versioni e le anti-flessioni sono stati normali.* Non sono che esagerazione della leggerissima curva e inclinazione all' innanzi che l' utero normalmente possiede; esagerazione che è l' effetto del volume e del peso che presenta il corpo durante il puerperio.

2) *Le retro-versioni e retro-flessioni sono anche nel puerperio stati patologici.* Perchè possano aver luogo bisogna che il fondo dell' utero possa passare al disotto del promontorio. — Poco dopo un *parto a termine* questo non può accadere che in un bacino straordinariamente ampio d' avanti indietro, o quando abbia luogo un prolasso dell' utero. Per questo si incontrano queste anomalie più di frequente nel puerperio avanzato (quando cioè l' utero è già molto rimpiccolito), o dopo un parto prematuro od un aborto.

Le cause immediate delle retro-versioni e retro-flessioni nel puerperio non sono sempre facili a scoprirsi. La massima influenza sembra l' abbiano avuta le emorragie durante il secondamento; forse per le fregagioni che vennero fatte sull' utero affine di indurlo a contrazione; fregagioni che in pari tempo tendono a produrre un abbassamento dell'utero. — Non occorre dire che peritoniti pelviche possono indurre tali anomalie.

Quasi tutte le donne che ne erano affette allattavano il proprio bambino; sicchè non può incolparsi di queste alterazioni l' astenersi dall' allattamento e il rimanere perciò sempre supine in letto nei primi giorni del puerperio.

3) *Sintomi.* Le versioni e flessioni all' innanzi per se stesse non producono alcun incomodo, se pure non abbia luogo (nell' anti-flessione) un' arresto di lochi nel cavo uterino come osservò Schröder, che diede a questo fatto il nome di *lochiometra.* Scarsezza e fetore dei lochi, coliche uterine, brividi, febbre anche ardente, ne sono i sintomi. — Anche le versioni e flessioni all' indietro non presentano alcun sintomo caratteristico.

4) *Cura.* Per le anti-versioni e anti-flessioni non vi ha in genere nulla a fare. Se però sieno esse congiunte e mantenute da generale anemia, e floscezza dell' utero una cura tonica sarà indicata. — Nel caso di lochiometria basta rialzare sovente il corpo dell' utero, semplicemente colle dita, per ottenerne lo svuotamento e il rapido cessare dei sintomi. Quando però i lochi si soffermarono per lungo tempo nell'utero, sono a consigliarsi le frequenti iniezioni nell'utero, e forse qualche poco di segala.

Nelle retro-versioni e retro-flessioni oltre alla cura tonica verranno fatte iniezioni astringenti per diminuire la floscezza delle parti genitali; essendo noto quanta parte abbiano nel produrre e mantenere abbassamenti e retro-versioni la floscezza, della vagina, e soprattutto il prolasso della sua parete posteriore. Nel caso di essudati perimetritici, si useranno quei mezzi che valgano a favorirne lo scioglimento.

5) Dopo questo, parla l' Autore delle alterazioni temporarie di posizione, indotte nell' utero delle puerpere dallo stato degli organi che lo circondano.

Nei primi giorni, *quando l' utero sporge ancora al disopra del pube*, la pienezza della vescica urinaria spinge l' utero in alto. La pienezza dell' intestino lo solleva e ne inclina il fondo all' innanzi e a destra, purchè non sia l'utero abbassato nella parte destra della scavazione; nel qual caso viene il fondo inclinato all' innanzi e a sinistra. — Quando la vescica e l' intestino sono pieni, l' utero è portato in alto (talvolta fin quasi al margine delle costole) e vi si aggiungono le alterazioni prodotte dalla sola pienezza dell' intestino.

A puerperio più inoltrato, *quando l' utero rimpiccolitosi può facilmente muoversi nel piccolo bacino,* una rilevante pienezza della vescica e dell' intestino spinge in alto l'utero al disopra del pube e per lo più un poco a destra; e all' esplorazione vaginale non sentonsi dell' utero che i margini dell' orifizio esterno, e anche a fatica. — Se si vuoti la vescica, l' utero si abbassa; e col dito si avvertono le note di un' anti-versione o di un' anti-flessione; il fondo dell' utero inclinato alquanto a destra, poggia ordinariamente contro la sinfisi pubica e trovasi circa all' altezza del margine superiore di essa. — Se si vuoti mediante un clistere anche il retto, l' utero intero sempre più si abbassa, diminuisce la sua inclinazione a destra, e quella del suo corpo all'innanzi. — In una puerpera nella quale il retto occupava la regione destra del sacro, il fondo dell' utero fu sempre trovato inclinato a sinistra.

B) **Fuori del puerperio.**

Per osservazioni cliniche ed anatomiche l' Autore anche riguardo a questo stato della donna è indotto ad ammettere:

1) *Non solo la direzione dell' utero perpendicolare all' ingresso delle pelvi, ma anche le inclinazioni del suo corpo all' innanzi, sono stati fisiologici.*

2) *Le inclinazioni del corpo dell' utero all'indietro sono stati patologici.*

Quanto alle prime una cura non sarà indicata se non quando si tratti di esagerata anti-flessione che produca gravi disturbi, come raccolte di sangue o di muco; o sia cagione di sterilità; nei quali casi gioverà il raddrizzare tratto tratto l' utero, e il fare dilatazione cruenta del punto ristretto. — Pessari vaginali e intra-uterini non sono quasi mai necessari.

Quanto alle retro-versioni e retro-flessioni, la cura meccanica è pienamente indicata. Però anche in questi casi la cura deve dirigersi innanzi tutto alle complicazioni (metriti croniche, ecc.); poichè, queste cessate, non è raro vedere ogni incomodo dileguarsi.

Digitized by Google

Harley e Lockart Clarke. — *Paralisi progressiva acuta con esito letale.* (Lancet II., 14 Oct. 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 8, 1869.

Nel pomeriggio del giorno 18 Marzo 1866, Harley fu chiamato dal figlio d'un medico, giovanotto robusto d'anni 17, che fino ad un mese prima era stato perfettamente bene. Da allora il paziente aveva cominciato a risentire leggero dolore nelle membra, che giudicò conseguenza di un' infreddatura di poco conto. — Null' altro rimarcò fino ai 12 del mese di Marzo in cui per la prima volta presentossi intormentimento delle gambe e leggera rigidità alla nuca, che ritenne del pari effetto di raffredamento ed alla sera si unse la nuca con linimento volatile. Ai 13 si alzò, si vestì, e portossi all' uffizio: il passo eragli un po' più difficile di prima. Ai 14 lo era in grado più forte: l' infermo sentiva di strascinare un poco le gambe; andò tuttavia all' uffizio, ma dopo alcune ore di dimora, avendo il suo posto su d' un banco, sentì una sensazione come di essere paralizzato, e a poco a poco gli divenne così molesta, da dovere tornare a casa in carrozza. Giunto a casa non poteva salire i gradini della scala: arrivò tuttavia nella camera da letto e poté spogliarsi stando in piedi. Nel giorno appresso il paziente sentivasi un po' meglio. L' altro giorno fu chiamato il Dott. Jakins il quale trovò 66 pulsazioni, lingua impaniata, dilatazione delle pupille, dolore in nessun luogo, però paralisi delle gambe e ventre alquanto tardo; specialmente lo colpì un modo di ridere insignificante, che nel parlare si esprimeva sulla faccia dell' infermo, come se la muscolatura del viso fosse affetta: ciò durò per alcuni secondi soltanto, nè di poi si riprodusse più. La loquela era intatta, tuttavia il parlare prolungato stancava la lingua dello infermo; nessuna difficoltà nel deglutire. Si prescrissero al paziente 2 milligrammi di stricnina ogni 4 ore. Ai 17 il polso era a 70: l' infermo sembrava peggiorato. Ai 18 presentossi un peggioramento notevole dei sintomi. Polso 90, deglutizione difficoltata; l' infermo sentivasi male nel giacere in letto e preferiva di stare seduto su d' una seggiola: la posizione elevata delle gambe gli riusciva insopportabile. Allora furono sopracchiamati i dottori Newton e Harley. L'infermo giaceva in letto sul lato sinistro, con paralisi completa delle estremità inferiori, e con paralisi incompleta delle superiori: poteva muovere ancora il braccio destro, non però stringere la mano. L'intelligenza era intatta, nè lagnavasi di verun dolore. La sensibilità delle parti paralizzate era perfettamente conservata. La respirazione facevasi adagio e con fatica, stantechè ogni inspirazione veniva effettuata con manifesto sforzo. Polso 120, lingua impaniata; applicata la mano non risentivasi verun aumento di temperatura. La parola appariva distinta, sebbene tarda, come se trovasse difficoltà tanto nella scelta dei vocaboli quanto nella loro articolazione: diceva d'avere avuto, nel mattino, difficoltà nell' andare di corpo; l'emissione dell' urina erasi effettuata in modo normale, tuttavia sembrava all' infermo, che avesse richiesto maggior premito, che per l' avanti. Gli incommodi della delutizione si erano presentati solo da poche ore. Il gusto era intatto. La paralisi di tutto il sistema motore si portava a poco a poco allo insù.

Harley fa rimarcare la analogia spiccata che offre questo complesso sintomatico coi fenomeni d'avvelenamento con cicuta e curare - paralisi motoria con sensibilità del tutto conservata, mancanza di dolori e di disordini dell' intelligenza. — Mentre l' affezione dei cordoni spinali anteriori si palesava in quasi tutta la sua estensione per sintomi osservabili per non breve tempo, l' abolizione completa della funzione motoria si mostrò come aumentantesi grado a grado. Questa natura progressiva spicca particolarmente, se si consideri quanto segue:

1) Primo sintoma grave presentossi la paralisi degli arti inferiori - porzione sacrale del midollo spinale.

2) Successe poscia la paralisi della muscolatura addominale - porzione lombare del midollo spinale.

3) Quindi quella dei muscoli intercostali inferiori - porzione dorsale del midollo spinale.

4) All' epoca del consulto l' abolizione della funzione aveva manifestamente colpito la parte inferiore della porzione cervicale, giacchè non solo manifestavasi una paralisi parziale degli arti superiori, la quale dava indizio della affezione delle radici dei nervi brachiali, ma eziandio difficoltà di respiro, in quanto che per una parte l' atto di espirazione non trovavasi per nulla aiutato dalla muscolatura addominale paralizzata e per l' altra in ugual maniera l' atto d' inspirazione non era aiutato dai muscoli intercostali, specialmente inferiori. Infatti sembrava che il processo di respirazione in quell' epoca dipendesse quasi esclusivamente dalla volontà e solo in minima parte fosse sostenuto dall' involontaria attività del diaframma; a modo che l' attenzione dello infermo, senza pregiudizio pel processo respiratorio, non poteva essere distratta da questo.

5) Gli incommodi della deglutizione erano in aumento e la potenza di formare i suoni diminuiva a poco a poco.

Sotto tali circostanze però dovevasi aspettare che col crescere della affezione della porzione cervicale media del midollo spinale, sarebbe immancabilmente avvenuta la soffocazione, per la paralisi del frenico. Imperocchè il processo respiratorio non poteva essere mantenuto esclusivamente dall' attività dei muscoli volontari; e quand' anche ciò si fosse avverato, la muscolatura della spalla posta in movimento sotto la respirazione forzata e che riceve i suoi nervi dalla porzione cervicale del midollo, colla paralisi di questi ultimi sarebbe ben presto divenuta incapace di funzionare.

Ora egli è evidente, che contemporaneamente non potevasi riscontrare verun sintoma d' un' affezione della sfera sensibile e difficilmente potevasi spiegare come potesse esistere un disordine infiammatorio tanto esteso dei cordoni anteriori, senza che, fino ad un certo grado, non ne fossero tratti a partecipare le limitrofe parti sensibili del midollo spinale. Secondo l'opinione di Harley ciò si può spiegare soltanto per questo, che in genere debbono esistere nel sistema nervoso alterazioni patologiche gravi, quando il disordine si manifesta per fenomeni obbiettivi. Essendo il midollo spinale costituito da numerosi fasci nervosi ed ognuno di questi da molti fili nervei, basta che un solo filo in ogni fascio, fra molti affetti, sia rimasto intatto, per condurre le impressioni al cervello. Nel caso presente questa ipotesi fu a sufficienza confermata dal risultato della sezione. L' infermo dopo il consulto morì per asfissia.

Rapporto necroscopico di Lockhart Clarke (21 ore

Digitized by Google

dopo la morte). — Il corpo mostrava una rigidezza cadaverica notevole; nelle spalle e nel dorso forte coloramento per ipostasi sanguigna. Nel rivoltare il corpo, dai fori delle narici sgorga muco spumoso abbondante, susseguito da sangue molto scuro, anzi quasi nero. Sangue consimile sgorga eziandio dai tagli praticati lungo la colonna vertebrale, ed in copia straordinaria (più d' una pinta) da un taglio fatto negli integumenti dell' occipite.

Midollo spinale. — I vasi della superficie apparivano molto iperemici. Dalla porzione inferiore dell' 8.° nervo dorsale fino al primo lombare la superficie dei cordoni anteriori offriva in molti luoghi piccole prominenze emisferiche, rammollite, della grandezza circa d' un grano di senape, alcune isolate, altre a gruppi. La sezione trasversa del midollo all' altezza del 9.° nervo dorsale offrì la di lei sostanza molle e ricca di vasi. Una parte della superficie rammollita dei cordoni anteriori mostrava sotto al microscopio (senza pressione né altra preparazione) i fasci nervosi distrutt in modo straordinario in guisa che, con poche eccezioni, il cylinder axis non si poteva distinguere dalla guaina midollare e quest' ultima appariva in parte ineguale, aggrinzata e pieghettata, in parte grnnulosa o qua e là staccata dal cylinder axis.

Lungo tutta l' estensione del cono midollare e della parte inferiore del rigonfiamento lombare non vedevasi alcuna alterazione notevole nella struttura, nè della sostanza bianca, nè della grigia. Nella parte media del rigonfiamento lombare unico fenomeno morboso era una iperemia considerevole della pia, con rammollimento della superficie dei cordoni anteriori, che comprendeva ancora le radici anteriori, fra le quali alcuni fasci dei cordoni apparivano colpiti da grave degenerazione, ed uno stato consimile offriva pure in più luoghi la superficie dei cordoni laterali. La sostanza dei cordoni posteriori era rammollita in piccolo grado. All' altezza dei primi nervi lombari nella sostanza grigia, presso al canale, nei dintorni dei vasi sanguigni, si veggono fluidi focolai di distruzione; una parte semifluida consimile si estendeva pel tratto di circa ½" dirigendosi a sinistra dall' indietro verso l' alto, attraverso una gran parte del corno posteriore. Immediatamente sopra questa regione le parti profonde dei cordoni posteriori dello stesso lato, offrivano una località a limiti irregolari, di notevole estensione, rammollita e quasi fluida, in cui si potevano riconoscere qua e là fasci nervosi rovinati. I tagli trasversi di questa regione offrivano il fenomeno straordinario di due canali centrali, uno chiuso da uno strato regolare di epitelio e fra ambedue una massa intralciata di epitelio; reperto però che non devesi ritenere in rapporto alcuna colla malattia.

A livello della parte inferiore del 12.° paio dorsale la sostanza grigia ne' contorni d' un vaso sanguigno nel lato destro del canale e nella base delle colonne di Clarke (posterior vescicular columnus) si mostrava cangiata in una massa liquida granulosa, ed alcuni tagli fatti più in alto offrivano la stessa cosa nelle parti corrispondenti del lato sinistro. La commissura crociata anteriore nel fondo della fessura mediana anteriore era ugualmente colpita da degenerazione de' suoi fasci. La superficie dei cordoni posteriori era un poco rammollita ed in modo consimile, solo più fortemente, anche gli anteriori. La pia madre mostravasi dappertutto inspessita ed iperemica. Queste alterazioni perdevansi in alto, dopo un breve spazio, quasi ad un tratto, a modo che nella parte superiore dell' undecimo paio dorsale potevasi a mala pena rilevare una alterazione tanto della sostanza bianca, che della grigia. A livello del 10.° paio il disordine principale consisteva nel rammollimento della superficie dei cordoni anteriori nel luogo di ingresso delle radici anteriori; la sostanza grigia sembrava iperemica, del resto senza disordini di struttura. Sul 9.° paio nella sostanza grigia lateralmente al canale centrale e nella base del corno sinistro, mostravansi di nuovo le alterazioni sopraddescritte, mentre la superficie di tutti i cordoni bianchi, specialmente però di quelli della anteriore, si riscontrava assai più molle. Queste alterazioni diminuivano rapidamente in alto, così che i due terzi anteriori della regione dorsale apparivano solo leggermente affetti.

La porzione maggiore del rigonfiamento cervicale non presentò alcuna deviazione dalla norma, all' infuori d' una congestione di tutta la sostanza, e assieme della circondante pia madre, specialmente nei cordoni anteriori, in alcune località dei quali, una essudazione granulosa circondava le radici dei nervi. Nel 3.° superiore di questa regione parecchi vasi sanguigni si mostravano circondati da un alone rotondo od oblungo di essudato liquido e granuloso, in ambedue i lati del canale centrale e nella commissura posteriore, il che si prolungava in alto e aumentava eziandio nella regione del 2.° paio cervicale. Nella stessa estensione del midollo spinale anche le parti profonde dei cordoni posteriori, fra le corna, mostravansi rammollite in grado notevole, e le radici nervee anteriori, in parecchi luoghi, circondate da una essudazione proveniente dalla superficie della pia madre. Dal 1.° paio cervicale in su non fu dato di riscontrare alcun che di notevole. La midolla allungata ed il 4.° ventricolo apparivano completamente sani.

E. Clement. — *Tremore generale simulante la paralisi agitante, osservato nel corso di una febbre tifoide.* (Lyon médical. 26, 1869).

Non è cosa rara il riscontrare nel corso della febbre tifoide e di tutte le altre febbri gravi, disordini svariati della sensibilità e della motilità; ma la più parte degli autori classici non ne fanno menzione speciale, o almeno non vi hanno annessa una grande importanza. Ciò forse dipende a credere dell' autore, da che essi sono di una rarità estrema, non essendovene alcuno tanto costante da poter figurare in una descrizione della febbre tifoide. Fra questi diversi disordini, ve ne sono però alcuni che si presentano tanto raramente, come quello dell' autore, da riuscire di particolare interesse la comunicazione del caso in cui sonosi verificati. — Ecco in succinto la storia del malato caduto sotto l' osservazione di Clement.

Lestrade, soldato di 22 anni, malato da cinque giorni, entrò nell' ospedale militare il 22 Agosto 1869, dopo aver presentato i seguenti sintomi: febbre, debolezza generale, cefalalgia intensa, vertigini, sussurro alle orecchie, insonnio, tosse, voce rauca e diarrea. — Nell' esame obbiettivo

Digitized by Google

si trovò che la voce era rauca e la parola imbarazzata per tremore della lingua, delle labbra e del mento; la tosse era molto frequente ed accompagnata da escreato mucoso assai aereato; all'ascoltazione, rantoli sibilanti su tutta l'altezza dei due polmoni; verso la base qualche rantolo mucoso; sonorità normale; tuoni del cuore netti. — Ventre tumido, e dolente dietro una pressione un poco forte, sulla fossa iliaca destra. Sete viva, anoressia, lingua rossa alla punta, e del resto ricoperta da un intonaco biancastro. Il malato accusava debolezza generale ed aveva la fisonomia da febbricitante. Polso a 105, pelle calda all'apprezzamento della mano. — Nel giorno seguente, lo stato dell'infermo non si era punto modificato; ogni qualvolta gli si indirizzava la parola, si rimarcava quella specie di tremore, notato disopra, nella lingua, nelle labbra e nel mento, insieme a considerevole esitazione nel parlare. — Nel 5.° giorno dal suo ingresso si osservarono alcune macchie rosee sull'addome, e gorgoglio e dolore nella fossa ileo-cecale: il sensorio era libero; la voce sempre rauca, e la parola stentata. Dopo qualche altro giorno, l'infermo cominciò a lagnarsi di affaticamento e di dolori vaganti nelle gambe, senza che all'esame, che ne fu fatto, vi si scorgesse alcuna anomalia. — Nel 18.° giorno di malattia (7 Settembre), scoprendo il malato che giaceva supino, si osservò che le mani erano agitate da piccole scosse convulsive; le dite erano riavvicinate fra loro come quelle di uno che scrive, ed in esse con la massima celerità si compievano movimenti di flessione e di estensione; gli istessi movimenti di flessione e di estensione, si operavano sulla mano relativamente all'avambraccio e sull'avambraccio relativamente al braccio. Movimenti analoghi si osservarono nelle estremità inferiori; il piede eseguiva continuamente e con rapidità movimenti di flessione e di estensione sulla gamba, questa sulla coscia, e la coscia sul tronco, in modo che gli arti inferiori avevano un movimento complessivo e movimenti parziali. Provando a far bere il malato, a questo riusciva impossibile portare alle labbra un bicchiere pieno per metà, senza spanderne il contenuto; solo quando arrivava a fissarlo sulla bocca, il tremore del braccio diventava meno forte, ed il malato beveva senza pena. — Tali tremori cessavano durante il sonno, ma nella veglia erano tanto forti, che benchè il malato stesse in assoluto riposo, pure si potevano vedere evidentemente anche attraverso alle coperte. — Nella visita della sera, l'infermo fu trovato cosperso da sudore abbondante; si lagnava di dolori continui nelle membra; facendolo porre a sedere sul letto, si osservava che teneva la testa flessa sul petto, e che essa era leggermente tremolante: nel ricoricarsi, si lasciava cadere come una massa inerte, ma conservava tuttora la flessione del capo: i muscoli steido cleido mastoidei erano duri, sporgenti e contratti. Il tremore del mento e della lingua erano più intensi di quelli che soglionsi avere in tale malattia. L'essere la parola esitante, non si doveva certo a lentezza di percezione, ma pareva che i muscoli non obbedissero immediatamente alla volontà: di più il linguaggio era laconico, e l'infermo non parlava altro che per monosillabi. La forza muscolare era notevvolmente diminuita; la sensibilità tattile era alquanto minorata nelle estremità, ma le punture di spillo ed il solletico sulla pianta dei piedi, determinavano immediatamente vivi movimenti reflessi, durante i quali si esagerava di molto il tremore delle membra. — Il tremore perdurò per tutto il corso della febbre. Nel 35.° giorno, eravi già apiressia, e la temperatura non sorpassava più i 37, 2.°. — La temperatura che sulle prime teneva l'andamento proprio della febbre tifoide, offrì questo di particolare, che dopo cominciato il tremore, mostrava il maximum nel mattino, ed il minimum nella sera. — La convalescenza progredì bene, e quando il malato lasciò l'ospedale nell'11 Ottobre, era quasi scomparso ogni tremore.

L'autore dopo avere eliminato nel caso presente, il tremore per debolezza muscolare che si può avere più leggiero in altri casi di tifo, quello per alterazione dei muscoli segnalato da Zenker nel 1.° settenario della tifoide, quello prodotto da sussulti dei tendini soliti pure a verificarsi nel periodo di prostrazione estrema e nel coma, e il tremore da alcoolismo, corea, e sclerosi, giunge alla paralisi agitante, e trova che il suo malato offriva tutti i segni propri di questa malattia, quando essa si trova nel suo secondo periodo. Però il sapersi la paralisi agitante una malattia progressiva e sinora incurabile ed incapace di sparire in pochi giorni, mentre da un lato non permise che si sospettasse trattarsi in quel caso di simile malattia, fece giustamente supporre, che il tremore della paralisi agitante fosse un sintoma pertinente per lo meno a due varietà di lesioni ancora sconosciute nell'apparecchio locomotore e forse nel midollo spinale: una fatalmente progressiva, e l'altra transitoria. — Rapporto alla notevole curva della temperatura, che si trovò in questo caso, l'autore crede a ragione, che nella sera si avesse il minimum, perchè a motivo del tremore continuo nel giorno, gran parte del calore proprio si consumava, mentre subentrando la quiete nel sonno della notte, la mattina doveva necessariamente trovarsi accumulata nel corpo la massima quantità di calorico. C. B.

Dickinson. — *Sulla patologia del diabete.* (Berl. klinis. Wochenschr. N. 12, 1870.

Il Dott. Dickinson nella seduta dell'8 Febbraio della Società R. medico-chirurgica di Londra, ha tenuto un discorso su certe alterazioni morbose del cervello e del midollo spinale nel diabete. Egli in 5 casi trovò sempre su diversi luoghi del sistema nervoso centrale, dilatazione delle arterie, ed intorno a queste focolai di rammollimento con formazione finale di escavazioni, sempre collegate con processi nella pia madre. Queste alterazioni concernevano specialmente il ponte e la midolla allungata, (sostanza grigia delle olive del pavimento del quarto ventricolo, punto d'origine del nervo faciale), però anche molte altre parti del cervello. Dichinson riguarda queste alterazioni come primarie, e non come conseguenza dell'alterata crasi del sangue, ed anzi la dilatazione delle arterie sarebbe il primo processo patologico. Egli appoggia questa sua veduta al frequente presentarsi del diabete in tutte le possibili malattie cerebrali, con e senza grandi lesioni anatomiche, in cui però siavi uno stato congestivo del cervello. Il diabete è per esso una malattia del sistema nervoso, veduta, che, come egli pensa, forse darebbe un'indicazione a mutare il metodo di cura fin qui posto in uso. C. B.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 6. BOLOGNA 30 Luglio 1870.

MEMORIE ORIGINALI

SOPRA UN NOTEVOLE CASO DI ISTERISMO

Lettera all' Illustre Prof. LUIGI CONCATO

PEL DOTTOR

ODORICO MORETTI

Medico comprimario in Recanati

Illustre Professore.

Quando nella Rivista Clinica di Gennaio e Febbraio or scorsi io lessi i casi di isterismo osservati nella Clinica diretta dal chiarissimo Professor Federici, pubblicati dal Dott. Clodomiro Bonfigli (interessanti oltre ogni dire per la proteiforme congerie dei sintomi presentati dalle povere inferme e per la illustrazione veramente commendevole che il dotto medico vi fece seguire) non potei a meno di non sentirmi eccitato a descriverle un caso di malattia identica, le di cui espressioni morbose tanto complesse e svariate si furono da fuorviare ben anco il giudizio diagnostico di un attento e diligente osservatore.

Ecco la storia:

Biagiobelli Filomena di Recanati, d'anni 23, di buona provenienza, attendente alle cure domestiche, ebbe a quattro anni il vaiuolo confluente di cui porta innumerevoli cicatrici. A dodici anni le apparvero i mestrui senza incomodo alcuno, che, sospesisi per circa quattro mesi, ritornarono poi regolarmente. A quindici anni, precisamente in Agosto, si espose per parecchie ore al sole onde imbiancare certi panni e ne risentì al capo peso e dolore, per lo che dovette ritirarsi in casa ed allettarsi. Sopravvenne febbre intensa e la cefalea crebbe a tale, che si mandò pel medico, il quale prescritto il purgante d'uso, fece estrarre una libbra circa di sangue. Non avendo ottenuto vantaggio, furono applicati senapismi alle gambe. Intanto alla pelle comparivano punteggiature oscure, che furono reputate petecchie e per le quali fu isolata dalla sorella. Le macchie cutanee a poco a poco sparirono e la ragazza si rimise in quindici giorni.

A 18 anni, in Giugno, per altra insolazione fu colta da grave male di capo con febbre. Il medico ordinò un pediluvio senapato, un purgante ed un salasso pel giorno successivo. L'escrezione orinaria si sospese, non compiendosi che ogni 24 o 44 ore: l'evacuazioni alvine si facevano a stento ogni cinque o sei giorni in seguito a clisteri ripetuti. Il Dottore allora diede di mano alla lancetta ed in men di quindici dì, meglio di otto libbre di sangue vennero estratte dal braccio. Si deve notare che dopo ciascuna emissione sanguigna l'orinazione compievasi con regolarità. Intanto piano piano venne riacquistando le forze ma non si rifece completamente in salute, chè sempre or più or meno disturbi vaghi la molestavano. — In questo tempo le mestruazioni si mantennero sempre regolari, accrescendo al loro presentarsi gli incomodi.

Nell'Aprile dell'anno successivo le morì il padre; molto ne fu addolorata ed anzi dopo tre dì ne ammalò (molestie gastriche, cefalea, anoressia ecc.). Patì negli anni appresso di infiammazione delle amigdale per cui ripetutamente fu salassata.

Malattia presente.

Durante l'estate 1868 avvertì una diminuzione notevole nella quantità dei mestrui, affanno, cardiopalmo, troncamento degli arti inferiori alle più lievi fatiche, ed anco al solo montare le scale, dolore al capo, che talora le impediva di pettinarsi; e questi incomodi la mettevano in grave pena e la tenevano impensierita dovendo allora allora prender marito, perlochè in seguito stette tutta ritirata in sua casa, in grave melancolia Nell'Agosto facendo forza a se stessa volle recarsi a piedi sino a Macerata ed ai primi di Settembre, con un caldo straordinario, alla fiera campestre di san Giglio. Per via il mal di capo crebbe a tal punto da non poter quasi più proseguire il cammino.

Tornata a casa sudante mutò i panni e parve ne avesse sollievo; se non che la cefalea ritornò e crebbe per otto successivi giorni. Si accorse pure di qualche difficoltà nell'emettere l'orina, la di cui presenza in vescica poco era avvertita — Sopraggiunta leggera febbre, il giorno otto fu chiamato l'ecc.mo Dott. Pera Silvio il

Digitized by Google

quale ordinò un pediluvio; pel mattino un' oncia di manna e la sera un salasso. Intanto la difficoltà nell' orinare crebbe ed il giorno dieci non potè emetterne punto. Il dodici orinò spontaneamente ed il tredici avertì il medico di questo fatto.

Allora fu applicato un vescicante alla nuca e fomentazioni calde furono fatte al basso ventre, ma l'orina non veniva che scarsa ed a stento, dopo 24 o 48 ore. Così andarono le cose sino al 25 di Settembre in cui provò di alzarsi. Il 12 Ottobre fu richiamato il medico, il quale, costatata la persistenza dei fenomeni, applicò altro vescicante alla nuca ed amministrò un purgante. Il 17 ordinò quattro mignate alle apofisi mastoidee; il 19 un salasso. I patimenti lungi dall' ammansire, notevolmente si accrebbero. A questo punto io assunsi la cura.

Quand' io feci la prima visita l' ammalata giaceva sul fianco sinistro, piuttosto rossa in faccia con gli occhi socchiusi, perchè la molestava la luce di un cerino, che illuminava assai magramente la stanza. Parlava piano quasichè le desse tedio la propria voce e tutti si guardavano bene dal rispondere alle mie interrogazioni colla voce naturale.

Non vi era febbre e la temperatnra normale era in aumento di $^3/_5$ al vertice, dove, premendo, si esacerbava il dolore.

In questa località si notava un considerevole infossamento delle ossa e perdita di capelli. Le pupille erano egualmente dilatate e dilatabili. Si rimarcava che il lume della candela non la molestava quand' era tutta occupata a farsi esaminare. Il ventre un po' tumido specialmente all'ipogastrio, dove al palpamento si avvertiva un tumore piriforme, che alla percussione dava suono ottuso. Facendo pressione con dolcezza in questa regione risentiva dolore, ma non lo stimolo di emetter le orine.

La colonna vertebrale, diritta, non presentava alcuna anomalia; nè si lagnava l' inferma se si comprimeva sulle vertebre; muoveva con facilità il tronco.

Gli organi del senso specifico e della intelligenza normali. Sensibilità normale, se si eccettuino le località iperestetiche sopra notate. Ciò di cui maggiormente si lagna, si è il fiero e continuo dolore di capo, che più acerbo assai si fa sentire sul vertice.

Sei coppe secche alle spalle; ed il 27 un vescicante alla fronte e due mosche di Milano dietro gli orecchi; unzioni cloro-formizzate sul cuoio capelluto. Non ottenendone grande vantaggio ricorsi all' unguento coll' olio di croton. Internamente un preparato di ferro unito ad antispasmodici.

Dopo la potente rivulsione mitigaronsi considerevolmente i dolori al capo. Non ostante ch' io avessi, fino dal primo giorno, prescritta la siringazione metodica due volte al dì, la prima introduzione della siringa in vescica non fu praticata che il sei Novembre quando assolutamente la Biagiobelli non potè farne a meno.

Capitò un' angina che guarì spontaneamente, ed un fiero dolore alla regione epigastrica che si aumentava al palpamento. Vi era anoressia, nausea, bocca cattiva, eruttazioni, lingua impaniata. Fu amministrato un purgante. Il dolore crebbe da non permettere il più lieve toccamento della cute. Ordinazione: un senapismo, quattro mignatte, infine un vescicante la cui piaga fu trattata con unguento alla morfina.

In appresso le sofferenze mitigaronsi di molto; solo la cistoplegia continuava in onta alla noce vomica ed al ferro, per lo che il 4 Novembre si ricorse all' elettricità. I reofori talora furono applicati all' ipogastrio ed al perineo, tal' altra in corrispondenza delle vertebre lombari ed al padiglione della siringa introdotta in vescica, la quale era previamente riempita di liquido. Dopo tre applicazioni la Filomena orinò da sè. Incoraggiato da questo successo continuai nella applicazione, ma un catarro vescicale con gravi spasmodie mi obbligò ad interrompere la cura e la cistoplegia si presentò di bel nuovo. Si aggiunsero dolori gravi all' ipogastrio ed un vaginismo spinto al massimo grado, per cui molto era difficoltata la siringazione, e tutta la mucosa delle parti esterne sensibile a segno, da obbligarla a stare in positura incomodissima.

Le embrocazioni calmanti, le pomate sedative, i rimedi interni pochissimo giovarono.

Esaminate le orine vi si rinveniva muco e sangue.

Intanto la nutrizione, che in passato era molto deteriorata, si migliorò in qnesti tempi. La cefalalgia più non la infastidiva e la ragazza si veniva alzando da letto qualche ora. Ma in breve sopravvenne insonnio ed un dolore alla colonna vertebrale, in specie nella sezione lombare, che si esacerbava alla pressione sulle singole vertebre, e qualche dì si aggiunse spasimo forte alle coscie, con iperestesia della cute di ambedue gli arti inferiori, più formicolio al piede sinistro. Vi era anche modica febbre che durò quasi due giorni.

Qui, a dire il vero, per un momento si dubitò di qualche grave affezione dentro la teca, per lo chè sentito il parere di distinto collega si risolvette di applicare quattro caustici di Vienna, coppe secche ai lati della colonna e mignattazione ai vasi emorroidari. Dopo queste applicazioni le spasmodie agli arti infierirono talmente da impedirne quasi del tutto i movimenti, e nell'articolazione sinistra, sede di dolore grandissimo, si fece un versamento acquoso, discreto, con infiltramento anche degli integumenti.

Il bromuro di potassio, spinto ad alta dose, la tintura di castoro, le unzioni sedative valsero in

Digitized by Google

seguito a mitigare le sofferenze. Al 15 Marzo si cominciò ad amministrare de'preparati di benzoe, onde possibilmente ottenere miglioramento nel catarro vescicale.

Le cose non si cambiarono di molto durante l'Aprile ed il Maggio. Le nevralgie vaghe, il vaginismo, la rachialgia or più or meno si fecero sentire e quest' ultima anzi a tal segno, da non permettere alla paziente la positura verticale, sebbene stesse tutta curva e camminasse pian piano appoggiata alle sedie o ad un bastone. La cistoplegia poi obbligò l'ammalata a giornaliere ripetute siringazioni.

In una notte della seconda metà di Giugno fui chiamato con premura affinchè subito mi portassi a visitarla. La trovai che accusava dolore acerbissimo al quadrante inferiore sinistro dell' addome, dolore di una fierezza tale, da apportare dopo qualche ora depressione generale notevole. (Polso piccolo frequente, sudori freddi, fisonomia scomposta, temp. 36 $^3/_5$). Il ventre, tumefatto per considerevole raccolta di aria, non permetteva palpazioni nemmeno leggerissime, fu fatta una mignattazione ed unzioni con preparato di belladonna, ma inutilmente; che anzi la prostrazione generale, vent'ore dopo, era giunta a tale da mettere in qualche apprensione. Vi era assenza completa della febbre. Furono amministrati antispasmodici ed eccitanti a larghe dosi ed in qualche giorno la Filomena si riebbe, essendosi di molto mitigato il dolore, che non scomparve del tutto, non ostante le ripetute iniezioni ipodermiche di una soluzione di morfina.

Rimessasi discretamente, ecco nella seconda metà di Luglio molestarla la tosse, che dapprima a lunghi intervalli, poi sempre più spessa si fece, da divenire continua, stizzosa, inane da provocare qualche volta il vomito. In questo tempo l'affanno che saliva talora ad un vero accesso asmatico, ed un cardiopalma molestissimo si aggiunsero, senza apprezzabile substrato patologico.

Fino a quest'epoca la voce di timbro normale cominciò a velarsi a poco a poco e si estinse del tutto. A compiere il triste quadro ecco un globo alla gola per cui dovea deglutire continuamente senza arrivare a spingerlo giù, ed il vomito, il quale dapprima senza regola fissa, ma poi dopo ciascun pasto affacciavasi, presentando la particolarità che le materie emesse erano in quantità maggiore delle ingerite e semiliquide.

La tosse continua e l'afonia durarono all' incirca sette mesi, renitenti a tutti i mezzi terapeutici messi in opera.

La stitichezza che si prolungava per cinque od otto giorni ed ogni tanto la diarrea venivano trattate coi mezzi ordinari. È necessario il notare come le mestruazioni si mantennero sempre regolari in quanto al tempo, ma scarse in quantità, apportando al loro presentarsi esacerbazione nei sintomi descritti.

Il miglioramento considerevole progressivo apparve nel Febbraio 1870 e proseguì in modo che ai primi giorni di Aprile l'inferma orinava con facilità senza siringa; la tosse, l'affanno, l'afonia, il cardiopalmo, il globo alle fauci, la rachialgia ed altri incomodi erano del tutto scomparsi. Al presente non rimane che il vomito che di quando in quando la molesta, il meteorismo, ed i dolori all'epigastrio.

Ecco per sommi capi la storia delle soffereuze che per venti e più mesi ebbe a patire la Biagiobelli. Ora poche cose sulla interpretazione del caso.

Già fino dalla prima volta ch' io vidi l'inferma giudicai si trattasse di quella nevrosi complessa che si chiama isterismo ed esternai questo parere all'egregio collega che aveva curata l'inferma prima di me.

I fatti posteriori giustificarono la mia diagnosi. Solo alcuni fenomeni vestirono per un istante le forme di malattie idiopatiche, ma ben presto fu levato loro la maschera e furono addimostrati per quello che erano veramente, espressioni cioè della proteiforme nevrosi.

Le considerazioni per le quali venni a questa conclusione diagnostica discendevano spontaneamente, posti i due quesiti: se queste manifestazioni morbose stavano a rappresentarci una lesione notabile dei diversi organi; oppure se erano in dipendenza d' una qualsivoglia affezione del sistema nervoso il quale modera, regola, eccita le singole funzioni dei medesimi.

Riassunti i fenomeni in un quadro sinottico:

Cefalea - Chiodo isterico - Tosse spasmodica - Afonia - Gastralgia - Vomiti pertinaci - Enteralgia - Meteorismo - Stitichezza - Diarrea - Dispepsia - Bolo isterico - Rachialgia - Vaginismo - Paralisi vescicale - Affanno - Cardiopalmo - Mialgia - Artropatia - Insonnio, vi si vedono occupare il primo posto le nevralgie che dal principio sino alla fine della malattia tormentarono siffattamente l'inferma da obbligarmi a ricorrere a tutti gli antispasmodici, e non son pochi, possieduti dalla materia medica onde combatterle.

È chiaro qui essere in gioco il sistema nervoso. Ma l'afonia, la tosse, l'asma, il cardiopalma, la cistoplegia vigevano senza alterazioni nei rispettivi organi?

Affermo di sì senza alcuna esitazione, conciossiacchè per quanto esaminassi con la massima diligenza gli apparecchi della fonazione, del respiro, del circolo, non mi venne fatto di trovarvi traccia di alteramento, per la qual cosa è da ritenersi che tanto l'afonia, che la tosse spasmodica trovassero la ragione di loro esistenza o in un disturbo nutritivo, o in un cambiato rapporto

Digitized by Google

elettro-motore delle combinazioni molecolari dei nervi (Jaksch) di moto e di senso laringei, da collocarsi nell' accessorio e nel laringeo superiore; e per l'asma e la ipercinesia cardiaca un disordine di innervazione nel dominio del vago e del plesso cardiaco.

Riguardo al vomito, escluse di leggeri le infiammazioni acute e croniche dello stomaco, le ulceri e gli stringimenti cicatriziali o da tumori, si spiega facilmente la ragione della sua esistenza e dei dolori ammettendo una iperestesia dei nervi di senso della mucosa gastrica (propagini del vago) e riguardo alla quantità del siero-muco abbondante, una ipersecrezione della mucosa irritata.

Quanto all'acinesia della vescica devesi notare come la paralisi si limitasse al detrusore, vi fosse anestesia della terza tonaca giacchè non veniva avvertito il bisogno di mingere anche quando di orina ve n'era molta e vi fosse contrazione spasmodica dello sfintere, il quale si opponeva all' egresso per rigurgito del liquido e si era sottratto all'impulso volitivo.

Ma; se la cistoplegia fosse stata di origine centrale ed in questo caso provenuta dalla porzione della midolla, compresa tra la terza e quarta vertebra, lombare perchè non era accompagnata da acinesia di altre parti, innervate dalla midolla sottostante? Io non posso accomodarmi al pensiero di un focolaio morboso circoscritto in un piccolo punto dei cordoni antero-laterali. È vero che vi fu gran dolore al dorso ed in una occasione dolori folgoranti e formicolio agli arti denotando tutto ciò, se di origine centrale, la propagazione del processo morboso ai cordoni ed alle masse grigie posteriori; ma questo per me nel caso attuale tutt' al più sta ad indicare sbilanci nella circolazione dei plessi vertebrali, con compressioni ed irritazioni meningee e disordine nella polarità molecolare dei nervi periferici, in nessun legame coll'affezione vescicale; giacchè è duopo riflettere che questi fenomeni agli arti comparvero parecchi mesi dopo.

Un' altra considerazione mi rafferma in questa opinione.

Noi abbiamo osservato in questa malata cospicui i fenomeni di alterata innervazione nel dominio del gran simpatico, rappresentata dalle nevralgie (trasudazione sierosa nel nervo per dilatazione delle sue arterie innervate dal simpatico, Woakes) dagli aumenti di temperatura fino ad un grado del centig. circoscritti al vertice, all'orecchio, ad una mano; dalle vampe, dal rossore, dall' impallidimento, pronti e fugaci, di certe località; or bene perchè non potremmo interpretare l' iscuria nella stessa maniera, se già sappiamo che il plesso ipogastrico inferiore somministra al detrusore buon numero di filamenti?

Fu interessante il dolore acerbo, limitato alle articolazioni dei ginocchi con infiltramento discreto entro la capsula articolare del sinistro i quali dolori si presentarono poco dopo aveano infierito i folgoramenti ed il formicolio. In uno dei casi del Bonfigli si mostrò l' artralgia grave ma senza tumescenza della parte. Io a dire il vero la ritenni artrite reumatica, ma sembra a quanto riferisce il sullodato medico che Brodie l'abbia riscontrata in gran numero di isteriche, ritenendola in nesso con questa affezione.

La perturbata funzionalità degli apparecchi di secrezione gastro-enterici, con probabile alteramento nella qualità dei succhi, per sbilanci di innervazione nel loro sistema vascolare, dà ragione dell' anoressia, delle difficili digestioni, della stitichezza, della diarrea.

L' insonnio fu di gran tormento e ne ripongo la causa in un alto grado di eretismo nervoso che nulla valse a mitigare.

Interpretati in tal guisa i fenomeni che dimostrai dipendenti non da alterazioni cospicue dei singoli organi ma da perturbamenti nel sistema nerveo, con probalità inaprezzabili dai nostri sensi, giustamente appariva aver giudicato, comprendendo la sindrome riferita nel quadro patologico *isterismo*.

Anche il morale dell' inferma sta sempre più per la verità del diagnostico.

Io le affermo di non essermi mai incontrato con una malata, la cui mobilità psichica fosse sì spinta.

La più lieve impressione era sufficiente a farla mutar di colore. Ogni qualvolta mi recavo a visitarla, ed avveniva ogni dì, era certo di trovarne il viso suffuso di rossore, che dileguandosi a poco a poco dava luogo ad un pallore, che non le era naturale. Qui i nervi costrittori delle tonache arteriose se prendevano il sopravvento sui dilatatori, lo facevano per brevi momenti, chè poi il colore tornava alla norma.

Il pianto ed il riso convulsivi si succedevano sì prontamente quasichè fossero l'espressione di un medesimo sentimento.

Così dicasi della tranquillità ed inquietudine. Benchè di fondo buonissimo talora colle sue stranezze faceva impazientare i parenti ed il medico. Troppe volte dovetti invocare quella serietà autorevole, propria di un medico di settant' anni per metterla a dovere e spesso feci le mostre di inquietarmi. Rimarcai ancora in lei una diligenza e pulitezza nel modo di vestirsi; non mi ricordo di averla mai trovata, anche di buon mattino e quando infierivano i suoi mali in un men che decente abbigliamento. Con tutte le sofferenze che provava in alcune circostanze, non vi era ragione che la convincesse ad astenersi dal mutare la camicia od altro arnese, se per disgrazia la piaga di un vescicante l'aveva macchiata. Se la si intratteneva con qualche discorso piacevole sembrava mitigassero le di lei sofferenze al punto da poter comprimere le regioni dolenti, senza che

Digitized by Google

ne avesse grave molestia; e mentre quando stava in piedi, non poteva tenere ritta la spina, ma tutta curva se ne stava pel dolore, messa a letto vi riposava tranquillamente supina e la posizione della colonna si normalizzava a modo da poter passare senza fatica la mano tra la regione lombare ed il materasso.

Rispetto all' etiologia puossi ritenere per fermo che nel nostro caso tanto il grave patema (effetto dell' andar considerando che le sofferenze per la clorosi le avrebbero impedito l' asseguimento dei di lei desideri) quanto anche la oligocitemia per sè stessa coi consecutivi disturbi di nutrizione negli elementi staminali dei nervi, più la delicatezza della fibra ed il sentire squisito abbiano concorso allo sviluppo della grave nevrosi.

Sulla natura della malattia io non azzardo dir verbo e mentre trovo bellissime le teorie di Hasse-Jaksch, Niemeyer ed altri, voglio solamente notare come la gran maggioranza dei fenomeni morbosi vennero in iscena per sbilanci innervatori nei dominio del gran simpatico.

Riguardo alla cura poche cose posso dire.

Tutti gli antispasmodici e calmanti, in una od in altra epoca della malattia, furono adoperati. Vantaggio maggiore si trasse dalle preparazioni di castoro ed asafetida ad alta dose. L' elettricità fece molto ma si dovette sospendere per complicanze. — La magnete del Maggiorani non indusse alcun che di notevole in questa ammalata mentre in un' altra, degente all' ospedale, portò sconcerti nervosi pei quali l'isterica protestò contro la sua applicazione ulteriore. — Le docciature fredde alla spina contro la rachialgia ed all' addome contro il meteorismo e le gastro-enteralgie non vennero tollerate. — I vescicatori mitigarono, ogni qualvolta vennero applicati, le nevralgie ed i preparati ferruginosi migliorarono, quando furono presi, le condizioni generali. Ma ciò che credo influisse maggiormente sul progressivo miglioramento, fu l' ascendente ch' io andavo guadagnando su di lei.

Tutto dì taciturna ed inquieta, solo allora componeva la faccia al sorriso e parlava e raccontava cose passate e bene sperava nell' avvenire, quando io mi recavo a visitarla, intrattenendola con qualche discorso. E spesso aderendo a miei consigli facea forza a sè stessa, onde vincere il molesto stimolo del tossire: talora cercava per quanto il poteva di emettere le orine senza siringa e si provava di mandar giù il cibo che parea non passasse.

Si intende già come da tali manovre a lungo andare inducevasi, per effetto della volontà, favorevole investimento centrifugo nella polarità molecolare dei nervi.

Per il che è da conchiudere coll' Hasse che il comportarsi del medico dinanzi a questo genere di malate giuoca una parte importante nella cura dell' isterismo. « La dolcezza unita al rigore, la » circospezione non spinta alla diffidenza ed alla » incredulità, una leggerezza benefica e ralle- » grante » a cui io aggiungo, *la pazienza e la premura, che vi guadagneranno la massima confidenza delle inferme* « sono le qualità che pos- » sono rendere un medico più atto di un altro a » guarire od almeno rendere meno penosa questa » incomoda ed ostinata malattia. »

Con tutta stima

Di lei discepolo
Dott. ODORICO MORETTI.

Recanati Aprile 1870.

Osservazione clinica e microscopica di un tumore fibro plastico della coscia sinistra

DEL

Dott. PARONA FRANCESCO.

Una numerosa serie di circostanze rendono lo studio dei tumori sarcomatosi tra i più difficili nella classe delle produzioni neoplastiche, e sebbene le accurate e recenti indagini abbiano meglio carratterizzate simili produzioni, ciò non ostante è universalmente ammesso, anche oggidì, che incerti sono i criteri per una giusta diagnosi, quando questi siano desunti, dalla durata, limitazione, riproduzione, e generalizzazione dei medesimi. Anche la forma dei tumori fibroplastici ed i caratteri microscopici non valgono sempre a precisarne la diagnosi, avuto riguardo alla proteiforme fisonomia con cui si presentano, alla grande analogia, che tali tumori hanno coi differenti stadi della neoplasia infiammatoria, e con molte altre produzioni morbose, d' onde quella lunga serie di appellativi e le numerose specie di sarcomi, fatte, anche di recente, dagli autori. È per tali brevi considerazioni che riteniamo non senza interesse l' osservazione che segue.

Castano Giuseppe d' anni cinquanta contadino di Galliate provincia di Novara celibe e bene sviluppato nella persona non soffrì in vita sua altro malanno, che di un tumore alla coscia sinistra, il quale pare lo portasse con sè dalla nascita. — L' infermo assicura che da ragazzo di sette od otto anni aveva già alla parte interna e media della regione indicata, una macchia rossastra, irregolarmente circolare, della grandezza maggiore di uno scudo, di superficie irregolare, indolente e sprovvista di peli; a maggiore conferma aggiunge che tale macchia era fin d' allora per la sua grandezza e colore, oggetto di meraviglia dei piccoli

Digitized by Google

compagni, quando con loro si trovava al nuoto. Dati però più positivi e di maggior valore circa l'origine del tumore, ci fornirono una sorella del Castano, di lui più attempata, ed una vecchia che gli fu nutrice. Ambidue queste donne accertano, che fino dai primi giorni dalla nascita si era rilevata alla stessa località una macchia della grandezza di un centesimo, rossigna e più rialzata della cute circostante.

Questa ingrandì insensibilmente fino all'età di sedici anni ed in allora, una delle rilevatezze più visibili della macchia prese uno sviluppo maggiore delle altre parti alterate ed in poco tempo si convertì in un vero tumore del volume di una castagna. Assicurato l'infermo da un medico che il male era di nessuna conseguenza ed inutile l'esportazione, lasciò che il tumore aumentasse al volume d'un grosso pugno, ed, ulceratosi, divenisse sede di gravi emoraggie. Ricoverato per questo all'ospitale di Novara da lì a pochi giorni veniva restituito a domicilio dichiarandosi il male inguaribile senza l'amputazione, che l'ammalato rifiutò, Se non che l'emoraggie persistendo copiose e frequenti, da minacciargli seriamente la vita, il Dott. Olioli applicò alla base leggermente peduncolata del tumore mentovato un laccio, che stretto ben bene, bastò a farlo cadere in gangrena e riparare provisoriamente alle cattive condizioni in cui si trovava il paziente. Diciamo provvisoriamente in quanto che già altri piccoli tumoretti erano pullulati nel campo della macchia intorno al primo, che a loro volta cresciuti più o meno celeremente, furono, con altri, venuti di poi, collo stesso metodo esportati dall'infermo.

Non tenuto calcolo dei più piccoli, il numero dei tumori, che il Castano si esportò da solo, oltrepassa i diciasette e l'esportazione costante e successiva di questi, che mano mano ingrossavano, gli valse fino all'autunno 1869 di poter lavorare la terra e mantenersi in sufficiente stato di salute da guadagnarsi di che vivere.

Anche sul finire dell'anno 1868 il Castano allacciò un tumore del volume di un pomo e questo fu l'ultimo, giacchè dopo vari mesi, per eccessivo lavoro od altra causa qualsiasi, altri due comparsi contemporaneamente nella solita località crebbero tanto rapidamente e furono accompagnati da fenomeni infiammatori così molesti, che non gli bastò l'animo ed il coraggio da farne da solo l'esportazione, anche perchè il più grosso di questi tumori essendosi esulcerato, la suppurazione abbondante e le ripetute emoraggie lo avevano stremato di forze fisiche e morali.

Al sedici Dicembre 1869, giorno della sua entrata nell'ospitale di Galliate, trovammo l'infermo con pelle pallida e di color giallastro, assai deperito nella nutrizione e nelle forze, con sguardo incerto, occhi infossati, leggero movimento febbrile sul far della sera ed i visceri in condizioni normali.

Scoperta la coscia sinistra vedemmo esteso il male a quasi tutta la parte anteriore ed interna della stessa. La quale era ricoperta da pelle, dove increspata come le cicatrici da scottatura, e di color nerastro, dove inspessita, rilevata o depressa in più luoghi, di durezza carnosa da non potersi pigiare, di un color rosso vinoso massime alla periferia, che scompariva alla pressione fatta con le dita, ben delimitata dalle parti sane per la diversità di colore. In quella gran macchia oltre parecchi tumoretti del volume di una ciliegia e di una noce, tondeggianti, bernocoluti, lisci, elastici, coperti da pelle sottile di color biancastro e più ristretti nella base, se ne vedevano due altri più grossi, uno alla parte interna superiore della coscia, due dita trasverse al disotto della piegatura inguinale, e l'altro alla parte inferiore esterna della macchia, a ridosso del muscolo retto, a dieci centimetri al disopra del margine superiore della rotella. Il primo era irregolarmente tondeggiante, di volume maggiore della testa d'un neonato e diviso in due parti, una superficiale ed inferiore, mobile, con base leggermente peduncolata, elastico, indolente, profondamente e largamente esulcerato nel centro, con bordi infiammati e molto vascolari, da dove al più leggero urto gemeva sangue; e nella restante parte ricoperta da pelle sottile, lucente, rossigna è solcato da grosse vene. La parte profonda e superiore, è ricoperta in parte dalla superficiale, più dura, immobile, della forma e volume di un uovo di gallina.

Il secondo tumore aveva la grossezza di un bel citriuolo: corrispondeva col massimo diametro all'asse longitudinale dell'arto ed era di consistenza carnea, mobilissimo, sottocutaneo, tondeggiante. — Le ghiandole inguinali dello stesso arto si trovarono nel loro stato naturale; e nessuna alterazione si rinvenne in altra parte del corpo.

Sebbene dal già esposto si comprenda facilmente, che non si poteva vagheggiare in tal caso la speranza di una cura radicale, pure credemmo conveniente pei buoni risultati ottenuti dall'infermo in altri circostanze consimili, di esportare quanto era di più molesto e pericoloso, incoraggiati anche dal convincimento, che non si trattasse di affezione d'indole maligna, per la localizzazione, durata, ed indolenza ecc. Preparato quindi convenientemente il paziente, nel giorno 18 Dicembre, coadiuvato dall'egregio nostro amico il Dott. Chiodini, esportammo collo schiacciatore lineare, previa l'anestizzazione generale col cloroformio, la parte superficiale del primo tumore, poscia dalla fenestra lasciata dallo schiacciatore, con facilità potemmo snocciolare colle dita la parte attigua posta profondamente sotto la fascia-lata. Nella stessa seduta ci siamo limitati ad esportare altri due o tre tumoretti vicini al più grosso e si lasciò il restante in posto, per

Digitized by Google

non aggravare di troppo l'atto operativo. — Dopo quaranta giorni però, riescita di poco vantaggio le compressione costante e continua ed intollerate le cauterizzazioni di potassa caustica e di cloruro di zinco, esportammo col bistouri anche il secondo tumore suddescritto. Nessun spiacevole accidente e neppure la febbre traumatica tenne dietro a queste due operazioni. In ogni punto si ebbe guarigione per seconda intenzione, dopo ripetute cauterizzazioni col nitrato d'argento e cloruro di zinco per modificare il fondo lardaceo delle piaghe. Colle frizioni di tintura di jodio, che si praticano anche al presente dall'infermo a domicilio, pare si sia avvantaggiato lo stato di tutta la parte ammalata. Anche il generale del paziente, colla cura ricostituente ed analeptica, fu rimesso in buon stato ed ha completamente smessa quell'apparenza cachetica che aveva al suo entrare nell'ospitale.

Tutti i tumori esportati, grossi e piccoli, esulcerati o no, salvo leggere modificazioni, si presentavano involti da una specie di capsula fibrocellulare di consistenza carnea con poco succo, non scroscianti al taglio, di color bianco giallognolo o rossigno. I tumori più piccoli erano intersecati da filoni fibrosi, bianco-splendenti; quelli di maggior sviluppo erano di una tessitura più molle ed omogenea, e, nell'ultimo esportato, si trovarono in più punti focolai emorragici di 2 a 3 millimetri di diametro, formanti delle specie di cavità, racchiudenti del sangue in diverso stato ed aventi all'ingiro per lo più un alone giallastro.

Al microscopio i vari tumori si trovarono costituiti di una materia fondamentale amorfa, piuttosto densa, e da cellule la maggior parte fusiformi, stipate le une sulle altre, piccole, altre tondeggianti o irregolarmente foggiate e con prolungamenti molteplici. La disposizione degli elementi era varia, a seconda delle località esaminate. In quei punti dove ad occhio nudo si vedeva una tessitura fibrosa, anche al microscopio si trovarono fibro-cellule, piccole, serrate le une vicine alle altre, più visibili coll'aggiunta dell'acido acetico, ondosamente disposte, con fasci paralelli od intersecati tra loro; dove il tessuto era più molle gli elementi cellulari avevano un maggiore sviluppo ed il nucleo più grosso e spiccato. In prossimità al tessuto sano si vedevano in maggior copia fibre elastiche e tessuto unitivo. I vasi avevano pareti esilissime o mancavano affatto, ed in più punti si vedevano degli sfiancamenti laterali. I focolai emorragici li trovammo mancanti di parete propria ed i globuli sanguigni frammisti agli elementi del tumore.

La natura fibro plastica o sarcomatosa della descritta neoplasia ci sembra sufficientemente caratterizzata. Se però dall'insieme dei fatti il diagnostico riesce facile non è così quando lo si consideri ne'suoi particolari. Relativamente all'origine e generalizzazione del tumore lo vedemmo per tutta la sua lunga durata mantenere la stessa forma e gli identici caratteri a segno da sembrare probabilmente sarcomatoso fino dalla sua origine, facilmente congenita. Vedemmo estendersi il male ma mantenersi perfettamente localizzato senza interessare nemmeno le ghiandole linfatiche dell'inguine tanto vicine. Eppure il Wirchow ritiene che sebbene lo sviluppo dei sarcomi rimonti ai primi periodi della vita e che specialmente alla superficie del corpo, ove noi abbiamo dei precedenti più precisi, siamo sovente in faccia a dei rapporti congeniti, pure una tale origine lo fa rimontare e provenire da altre produzioni cutanee di natura diversa ed aggiunge, che quasi non si conoscono casi di sarcoma congenito e che tali tumori sono piuttosto dell'età adulta. Ed il Billroth aggiunge che l'aumento dei sarcomi è rapido allorchè si sviluppano presso giovani soggetti e che si trasformano qualche volta celeremente in cancro midollare ed infettano in poco tempo l'organismo, mentre nelle persone più adulte essi ponno determinare una infezione dapprima lenta e locale ed in seguito, poco a poco, una infezione generale. Anche il Follin parlando dei sarcomi conclude, dicendo: les tumeurs fibroplastiques ont à un degré moindre, les principaux caractères des affections cancéreuses: elles augmentent de volume et peuvent s'ulcérer, elles infectent les ganglions, récidivent sur place ou à distance et enfin peuvent, comme les autres pseudo-plasmes infectants, se généraliser dans l'économie. Pressapoco così la pensano Sangalli, Broca e molti altri, escluso il Lebert, il quale sostiene, che queste produzioni appartengono ai prodotti morbosi, che restano sempre locali ed hanno nessuna tendenza a generalizzarsi nell'economia.

La singolarità dell'osservazione appare ancor più manifesta quando si pensi ai 50 anni di vita del neoplasma, alla sua attivissima facoltà produttrice ed alle irritazioni continue o non indifferenti, accagionate dai continuati lavori campestri ed ancor più dalle ripetute e numerose allacciature fatte dei tumori, che mano mano si ingrossavano. Esempi di tanta longevità non trovammo nelle opere più cospicue sui tumori, ed in una raccolta di 15 casi di sarcomi, quasi tutti sviluppati agli arti inferiori fatta da Bourdy ne trovammo uno solo, sviluppatosi al piede destro di una donna di 55 anni, il quale datava da 41 anni, ma come fa osservare l'autore: les progrès furent d'abord d'une grande lenteur; car aprés un espace de trente six années la tumeur etait guére grosse que comme une petite noix. Caso di tanta attività riproduttiva non trovammo notato che dal Birckett il quale racconta di un tumore, che in nove anni fu esportato diciasette volte.

Digitized by Google

Quanto finalmente possa l'irritazione locale sullo sviluppo di tali neoplasie ce lo dicono i fatti narrati da Bennett, Birckett, Vix ed altri, le quali indubbiamente originarono e crebbero per tale causa.

Giova finalmente notare come i focolai emorragici riscontrati nell'ultimo tumore esportato, trovino la loro spiegazione nella continuata compressione e nella speciale struttura delle pareti vasali, la quale anche sulla genesi e sviluppo di tali produzioni ci sembra possa avere non poca influenza, anche non volendo a tale proposito passare per buone le idee del Tigri.

AFASIA DEL TIFO

CAUSE, CURA, GUARIGIONE

PEL

Dott. GALLI TOMMASO

Medico in Quistello.

L'anno scorso venni chiamato per visitare un piccolo infermo nelle vicinanze della mia frazione. Portatomi al suo domicilio, rinvenni un giovinetto, che non oltrepassava i quindici anni, da dodici giorni costretto al letto. Era pallidissimo in volto, acconciato piuttosto a stupore; bisognava alzassi non poco la voce per farmi rispondere qualche parola, la quale usciva mal volontieri dalle sue aride labbra, sempre però in relazione alle mie domande.

Accortomi egli non potere che poco riferire intorno al suo stato passato e presente, per compiere un esame anamnestico generale, mi rivolsi a' suoi genitori, i quali mi dichiararono come fosse stato sempre sano per lo passato, vispo e presentante il tipo della salute per bellissime forme e costituzione robusta. Da pochi giorni mi dissero essersi ammalato di febbre, caratterizzata per gastrica e avere perciò presi purganti e qualche dose di chinino; da alcuni giorni però era impossibile fargli ingoiare sostanza medicamentosa di sorta.

Pertanto io aveva a che fare con un infermo, che presentava i sintomi oggettivi seguenti:

Pelle avvizzita e secca, muscolatura gracile, occhi languidi con pupille dilatate, labbra e denti aridi, tendenti ad insudiciarsi di nero, con lingua pure secca, tremolante nell'atto di sporgerla, a poca distanza dalla punta coperta di bianco e alla base intonacata di patina nera.

Gli organi del respiro all'ispezione si dilatavano e rilassavano lentamente, da non essere il polso, che batteva quasi le cento e trenta battute, per nulla in rapporto col meccanismo della respirazione. Qualche colpo di tosse secca annunziava una leggera irritazione bronchiale soltanto, poichè colla percussione ed ascoltazione non rilevai ne' polmoni alcun processo morboso di conseguenza. Solo i battiti cardiaci erano profondi e deboli; l'orecchio sulla zona precardiaca, appena li avvertiva; erano però i suoni distinti e la percussione trovò pure normale il suono sull'area del cuore. Questo batteva in tal modo, per debolezza di sue contrazioni. Giunto all'addome lo ritrovai meteorico, teso, resistente al palpamento e ovunque dolente, ma più alla regione ileo-cecale e tempestato di recenti morsicature di mignatte; furono dodici le infide che succhiarono quel po' di sangue, necessario per far fronte allo stato, in cui si trovava immerso l'infermo.

Fegato e milza erano ingrossati alquanto. Da tre giorni non evacuava; l'orina, che era emessa senza difficoltà e con cenno dell'infermo, non presentava nulla di rimarchevole; la temperatura oscillava sui 41° del centigrado.

Alla presenza di tali fenomeni, la diagnosi fu di febbre tifoidea, o di tifo addominale che dir si voglia, tenendomi alquanto riserbato nel pronostico per tema d'una paralisi cardiaca, per la forza della sostanza infeziosa, endemica fra noi, che miete vittime anche più saggiamente curate, pel trattamento terapeutico eseguito, essendo sempre le forti purgagioni di sommo danno nelle malattie in esame e perchè anche si doveva trattare con un infermo più che mai irritabile e che difficilmente si sarebbe addattato a qualsiasi metodo di cura.

Però non eravi dispnea o frequenza di respiro, malgrado quella delle arterie, al sommo agitate; sintomi, quando esistono, per me sempre di prognosi letale nel tifo addominale. I quali ne fanno convinti della forza e dell'abbondanza della materia infeziosa nell'organismo, concentrata su qualche zona o tessuto di organo essenziale alla vita; ovvero di qualche prodotto morboso dalla malattia precipitosamente già elaborato, contro cui nulla valgono l'arte e la natura. Per la deficenza quindi di questi sintomi concepii qualche buona speranza.

Questo piccolo infermo frattanto si doveva curare: si aveva quindi a lottare con una febbre infeziosa e co' suoi effetti, pel suo corso tipico, apparsi in iscena nella forma la più allarmante, che alle fine non si riesce a domare e vincere. Nulladimeno sicuro nella mia diagnosi, giudicai lo stato del ventre tale, per la flogosi specifica, localizzata nelle glandole intestinali, per cui paralizzati erano i muscoli delle medesime intestina fino a sospenderne il moto peristaltico, e da cui meteorismo, ristagno di feci. La cura fu diretta solamente alla moderazione della febbre, a correggerne la natura ed a rimuoverne le com-

Digitized by Google

plicanze, come in genere è da praticarsi in tutte le piressie.

15 Giugno 1869. — Siccome erano tre giorni che non evacuava ed essendovi bisogno di ottenere scariche alvine, si prescrisse una leggiera emulsione con olio di ricino.

16 detto. — L'ammalato come si prevedeva rifiutò il medicamento - stato suo eguale, con ventre più meteorico - calore urente - battiti cardiaci più deboli - s'ordinano clisteri con camomilla e olio di ricino, più cataplasmi di farina di semi di lino sul ventre, con sopra distesa una leggera vescica di ghiaccio; altra vescica di ghiaccio sul capo - ghiaccio internamente - vescicante sull'area cardiaca - brodo con vino generoso; ogni quarto d'ora, quattro o cinque cucchiai. Il ghiaccio a quando a quando era applicato o tolto secondo la temperatura.

17 detto. — L'ammalato ebbe alcune evacuazioni di poco conto: la pelle presenta un lieve madore - copiosa eruzione di miliare rossa e piccole vescichette trasparenti piene di sierosità.

18 detto. — Prende a stento il brodo vinato - i battiti del cuore sono più palesi - ventre un poco in diminuzione, però a ore sembra tumefarsi: la pelle continua lentamente a funzionare - la lingua tutta nera ed arida - denti pure - calore diminuito - latte in acqua ghiacciata per bibita - ghiaccio sul capo e sul cataplasma all'addome.

In tal modo si continua per circa otto giorni e sempre l'ammalato si trova nelle stesse condizioni - la circolazione allo stesso punto; debole ovunque, piccoli, frequenti, e celeri i polsi, flacchi i battiti del cuore, più sensibili però che alla prima visita.

Svanito intanto il pericolo d'una paralisi del centro della circolazione, osai preconizzare un esito in bene e per la gioventù del soggetto e perchè i sintomi m'apparsero in miglioramento, e insistei col brodo vinato col solito vino generoso; qualche clistere purgativo e di chinino; qualche cucchiaio di sciroppo di ipecacuana con un po' di digitale, cinquanta centigrammi di polvere di foglie di digitale purpurea in sessanta grammi di sciroppo d'ipecacuana; per tonificare il cuore e diminuire la freqnenza del polso colla digitale - e coll'ipecacuana per togliere alcuni fenomeni bronchiali insorti.

Intanto mentre si cresceva nella fiducia di buona riuscita, e perchè la lingua incominciava a nettarsi ed inumidirsi, e perchè il ventre diveniva molle e trattabile senza dolentezza, dopo un ultima parola rivolta a sua madre dal fanciullo, sempre di sana intelligenza, ecco che non risponde più alle chiamate, non protunde più la lingua, affinchè possa esaminarsi e i quasi liquidi alimenti, perchè vengano trangugiati, è d'uopo con un cucchiaio siano deposti fino alle fauci. Da quest'epoca dunque l'ammalato è muto, grida continuamente e così addimostra le corde vocali potersi contrarre, vibrare; s'arrabbia, piange a causa dell'impossibilitata articolazione delle parole, perciò orina senza avvertire l'infermiere, come pure abbandona le feci.

Perdura in questo stato dieci giorni, però sempre intende, piange al pianto de' suoi genitori (segno di buona prognosi nel tifo) però persistendo l'afasia, fenomeno alquanto rilevante, l'infermo era tenuto sotto la massima sorveglianza. Avevamo quivi intanto una vera paralisi: paralisi consistente solo nell'impossibilità ad articolare le parole. La lingua giaceva normale nella cavità della bocca senza deviazione di sorta, non ingrossata; si moveva quantunque con difficoltà e col a massima lentezza, solamente quando qualche cucchiaiata di brodo veniva cacciata in gola dell'infermo; quindi l'ipoglosso, nervo puramente motore di quest'organo, era illeso, ma indebolito. Sul gusto non si potè istituire veruna indagine, ma alle sostanze amare, chinino ad esempio, l'ammalato rifiutandosi con forza, provava che il glosso-faringeo, che provvede alla facoltà gustativa del terzo posteriore della lingua, non che il ramo linguale del trigemino inserviente al potere gustativo dei due terzi anteriori, funzionavano anche di troppo. L'infermo giaceva sul dorso sempre, e tanta era la sua prostrazione e stupidità da non poter eseguire movimento alcuno. Polso sempre a cento e venti, celere, debole; respirazione quasi normale, calore continuamente forte, però meno che nei primi giorni. Ora quale la causa di questa laloplegia?..... La fisiologia non ha definito ancora circa l'organo centrale da cui dipenderebbe la facoltà della loquela. Chi lo ripone nella base del cervello presso al punto d'origine del decimo paio, come Lictenstein; chi nel cervelletto come Flourens, parte nel lobo sinistro anteriore del cervello come Bouilland; ed altri, restringendosi ancora, secondo Auburtin, nella seconda o terza circonvoluzione dei due lobi anteriori.

Per me non ho esperienze decisive in proposito; nulladimeno non negando un organo essenziale a parte, esistente nel cervello, organo presiedente alla facoltà volitiva del parlare, la ragione anatomo-patologica di questa afasia, in malato tifoso, è non poco difficile a determinarsi, vuoi per l'incertezza che regna ancora intorno alla fisio-patologia de' centri nervosi, vuoi per le molte localizzazioni morbose, che nei malati di tifo si possono avere a danno di questi stessi centri.

Edema del cervello e delle meningi - formazione di un trombo nel seno longitudinale, iniezione della pia madre, talora meningite vera, talvolta emorragia delle meningi o nel cervello, perfino la cerebrite da embolismo con terminazione in ascesso; tali sono le alterazioni anato-

Digitized by Google

miche, che durante il tifo possono svilupparsi nel cervello. Ed è pur verosimile che l'intossicamento tifoso del sangue valga a produrre molti disordini funzionali del cervello, indipendentemente dalle suddette alterazioni anatomiche. Finalmente è verosimile che molte cellule gangliari del cervello possano pel tifo deperire, o cadere in processi di metamorfosi regressiva, riparabili poi col cessare dell'intossicamento tifoso e della febbre e col ristorarsi della nutrizione e sanguificazione.

Ora è probabile che per questa febbre in cui specialmente vegono intaccati organi essenziali alla vita, quali sono tutte le glandole sanguigne, siasi alquanto rallentata la ematogenesi, quindi illanguidita la forza nutritizia e con late paresi di nutrizione si abbia potuto indurre una reale atrofia, un deperimento, già palese in tutto l'organismo ed in particolar modo nelle cellule gangliari di quella parte di sostanza cerebrale destinata a trasmettere al meccanismo della favella l'idea cencepita, da esprimersi in suoni articolati, in parole; per cui venuto meno il nesso tra pensiero concetto e organo di loquela siasi perciò sospesa la facoltà di parlare. Dietro siffatto probabile supposto, seguitai sempre con maggiori raccomandazioni nella mia cura - vino generoso - brodo dei più nutrienti-cataplasmi ghiacciati a quando a quando sul ventre e qualche leggiero clistere in caso di stitichezza. Queste erano le sole prescrizioni chè senza fallo erano poste in atto. Certamente se fosse stato curato da qualche sistematico, che purtroppo non sono pochi ancora nella nostra provincia, alla persistenza di tali fenomeni avrebbe senz'altro messe a lavoro le mignatte alle apofisi mastoidi, il vescicante alla nuca ed altri strumenti d'inquisizione, di cui si pentono alle volte non aver tormentata l'agonia di chi sembra tranquillamente aspirare al riposo eterno. Io nulla di tutto ciò - vino e vino. S'insiste su questo metodo di cura della febbre tifoidea, poichè qui fra noi, come sono frequenti febbri di tal fatta, è pure invalso l'abuso delle sottrazioni sanguigne, del tartaro stibiato co' suoi confratelli, dei solfiti, che non fanno che irritare maggiormente gli intestini infiammati, dall'esordire al termine del male, e fortunato quell'infermo, che sortì da natura tanto fisica robustezza da vincere sulla malattia e quel che è più da rintuzzare i colpi mortali lanciatigli dal proprio medico. Diversamente nel nostro infermo; anzi quantunque trangugiasse a stento, pure ogni due ore gli venivano somministrate tre cucchiaiate di vino e un po' di brodo non omessa in seguito quando poteva meglio masticare e deglutire qualche buona, leggiera, nutriente minestra tre volte al giorno. Si seguitò sempre un tale trattamento, quando col scemare della febbre, col progredire nella nutrizione, l'ammalato ricuperò la loquela e passò una rapida convalescenza. Si rinnovarono in lui le carni divorate dal consumo febbrile, tornò in breve tempo a brillare di vivacità e floridezza il suo aspetto; ricorda le parole direttegli nel suo stato di mutezza, rammenta tutto, fino le preci sacerdotali, che lo licenziavano da *questo mondo* ed ora si presenta tale da non poterlo osservare senza far le meraviglie sullo stato di benessere in cui si trova.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

RIVISTA TERAPEUTICA (1)

DEL

Dott. CLODOMIRO BONFIGLI

Medico Assistente alla Clinica Medica di Camerino

Sommario.

1. Acqua semplice — 2. Chandu (oppio torrefatto) — 3. Morfina — 4. Canapo indiana — 5. Bromuro di potassio — Bromuro d'ammonio — 6. Cloralio — 7. Nitrito d'amile — 8. Protossido d'azoto — 9. Tintura eterea di Valeriana — 10. Veratro — 11. Colchico — 12. Fava di Calabar — 13. Segale cornuta — 14. Stricnina — 15. Cianuro di zinco — 16 Arsenico — 17. Arseniato di antimonio — 18. Solfato di chinina — 19. Chinoidina — 20. Acido chinopicrico — 21. Foglie di olivo — 22. Senape — 23. Lattofosfato di calce — 24. Maltina — 25 Ossalato di cerio — 26. Gemme di abete — 27. Succo di pino marittimo — 28. Troscisci di Vichot — 29. Percloruro di ferro — 30. Acetato di piombo — 31. Jodio — 32. Joduri di mercurio — 33. Joduro di potassio — 34. Mercurio — 35. Carbonato di litina — 36. Ammoniaca — 37. Carbonato d'ammoniaca — 38. Saoria — 39. Estratto di semi di zucca — 40. Balsamo del Perù — 41. Olio essenziale di trementina — 42. Acido carbolico — 43. Acido timico — 44. Permanganato di potassa — 45. Polveri di Mercier contro la difterite — 46. Acido cromico — 47. Pasta caustica di Canquoin — 48. Vescicanti ecc.

1. **Acqua pura.** — Il Dott. G. Dieulafoy nel nuovo dizionario di Jaccoud all'articolo *Douleur* dice, che sin da qualche tempo nell'ospedale Necker e nel turno del dottor Potain, si valgono dimetodo un semplicissimo per calmare qualunque dolore. Questo metodo consiste nell'iniezione sottocutanea di 8 a 10 gocce di acqua pura nel luogo del dolore, di qualsiasi specie egli sia, ed in qualunque luogo abbia sede. Non trattandosi di alcuna sostanza medicamentosa o nociva, il numero delle punture può essere anche di 10 o 15 sullo stesso malato. Subito dopo l'inie-

(1) I giornali scientifici da cui sono state desunte le notizie terapeutiche, sono i seguenti: *Archiv der Heilkunde*: *Archives générales de méd.*: *Berlin. klinisc. Wochenschr.*: *Blätter für Heilwissenschaft*: *Ippocratico*: *Lyon médical*: *Morgagni*: *Schmidt's Jahrbücher* ecc.: *Sperimentale*: *Wiener med. Presse.*

Digitized by Google

zione, dice l'autore, che si risveglia un vivo bruciore sulla località, più vivo ancora di quello che segue all'iniezione di morfina, ma che però svanisce entro 20-30 secondi insieme al dolore: è curioso che il dolore viene talvolta vinto definitivamente con questo metodo. L'autore ha applicato il nuovo processo alla cura del *reumatismo articolare acuto*, dei *dolori muscolari*, della *colica nefritica* ecc. Egli non si addentra a dare alcuna spiegazione intorno al modo di agire dell'acqua nei dolori, ma chiude il suo articolo esortando i medici a voler tentare questo metodo così semplice e del tutto innocuo.

2. **Chandu** (oppio torrefatto). — Il Dott. Fronmüller ha istituito molte esperienze con questo preparato, dalle quali si conclude: 1) che l'azione sonnifera è all'incirca eguale per l'oppio ordinario e per quello torrefatto; 2) che i sintomi di stordimento ed il prudore suscitati dall'oppio, sono assai più lievi quando si amministra il chandu, il quale sembra che pure ritardi assai meno la defecazione. Fronmüller, dopo aver riferite le esperienze comparative, finisce col raccomandare ai medici di fare ulteriori esperienze coll'oppio torrefatto.

3. La **morfina** viene impiegata da Bourdon nella cura della *colica saturnina*, contemporaneamente ai purgativi. — Bourdon procede nel modo seguente: iniezione sottocutanea di 3 a 4 centigr. di cloroidrato di morfina; dopo 10 minuti è già calmato il dolore; durante la narcosi vengono amministrati 20 grammi di olio di ricino con una o due gocce di olio di crotontiglio, ovvero un emeto-catartico qualora sia specialmente indicato: la sera seconda iniezione, la quale procura una notte tranquilla: la mattina appresso terza iniezione, e dentro la giornata 15 a 20 grammi di fiori di zolfo mescolati ad un'eguale quantità di miele bianco. Per lo più bastano 3 o 4 giorni di questo trattamento. Bourdon per correggere la intossicazione saturnina, fa prendere in seguito limonate solforiche, e fa alternare bagni di solfo con bagni saponati; nel caso di cachessia amministra la chinina ed il ferro.

4. La **canape indiana** è stata raccomandata da Waring-Currel contro il *catarro senile*, giacchè questo rimedio anzichè diminuire l'espettorazione come l'oppio, è un espettorante efficace, nell'istesso tempo che menoma la tosse e la dispnea; ecco la formola adottata dall'autore in tali casi: Estratto di canape indiana centigr. 10; polvere di gomma adragante grammi 4; etere clorico (1) grammi 2; acqua distillata di anici grammi 175; da prendersi in sei volte, di due in due ore.

5. **Bromuro di potassio**. — Maréchal richiama l'attenzione dei medici sulla facilità con cui si ha nel commercio il bromuro di potassio alterato col ioduro; in un caso che egli comunica, dopo qualche tempo che il malato faceva la cura col bromuro, si destarono violenti sintomi di iodismo. Non sarà dunque inutile di assicurarsi della purezza del preparato, prima di destinarlo all'uso terapeutico. — Viger ha di recente esperimentato in due casi il bromuro di potassio contro l'*eclampsia* delle gravide, ed il successo ottenutone è stato completo; in un caso portò la dose del bromuro a 3 grammi al giorno. — Il Dott. Caspari di Meinberg ha adoprato lo stesso medicamento in parecchi casi d'*insonnio nervoso*, nei quali l'oppio era riuscito affatto inefficace, alla dose di 0,8 — 1,5 grammi; l'azione sonnifera si manifestò sempre in tutta la sua pienezza. — Jsaac G. Portec, nell'*insonnio del lifo*, contro cui erano riusciti inutili i comuni sedativi, ha usato con vantaggio una miscela di 1,25 di bromuro di potassio con 0,02 di oppio. L'istesso autore ha pure adoprato utilmente questo farmaco contro molte affezioni convulsive dei bambini. — Hochling comunica tre casi di difficile dentizione nei bambini, in uno dei quali erano già subentrati fenomeni cerebrali, benchè si fossero incise le gengive, e si fossero tentati gli oppiati; poco dopo che furono a loro amministrati 6 centigr. di bromuro di potassio ogni 6 ore, si ottenne un benefico riposo e la dentizione procedette senza altri inciampi. — Hargis ha provato pure con completo successo il suddetto bromuro in un caso di priapismo dovuto ad eccessi nella venere, contro cui erano riusciti inutili le fomenta fredde e tepide, i purgativi e l'oppio. L'autore prescrisse 1 grammo di bromuro per dose, e già dopo 6 ore sopravvenne il miglioramento e quindi la guarigione. Il Dott. G. Vicentini lo ha somministrato pure in 8 casi della stessa malattia, e sempre con felice risultato; egli però lo dà a dose più elevata; cioè comincia con 4 grammi ed arriva sino ad 8, da prendersi in una sola volta nella sera in soluzione decimale. Vicentini assicura che mai ebbe a notare inconveniente nella somministrazione del bromuro dato ad alta dose sin dal primo giorno. — Costa in Pensilvania lo ha adoprato alla dose di un grammo ogni tre ore in 30 casi di reumatismo acuto; il miglioramento si manifestò sempre circa l'ottavo giorno, e la guarigione circa il 15.°. In 23 casi fra 30 non si ebbe alcuna complicazione cardiaca. — Lo stesso Costa ha adoprato nel reuma anche il *bromuro d'ammonio*, e quasi collo stesso risultato.

6. **Cloralio.** — In presso chè tutte le Cliniche del mondo si seguita ancora a fare studi sul nuovo rimedio, e tutti i giornali scientifici riferiscono qualche osservazione ad esso relativa. Stimando cosa oziosa il prender nota di tante comunicazioni, che in fondo poco differiscono fra loro, ci limiteremo a riferire brevemente su quelle che più ci parvero degne di considerazione dal lato terapeutico.

Essendosi osservato, che le iniezioni sottocutanee di grandi dosi di cloralio, producono spesso coeffetti spiacevoli, come ascessi e necrosi della cute; e d'altra parte essendo talvolta necessario di ricorrere per l'introduzione dei medicamenti ad altre vie fuori di quella dello stomaco, specialmente nella clinica ostetrica, il Prof. Martin di Berlino volle provare ad introdurlo nei crassi per clistere, ed infatti i risultati corrisposero alla sua aspettazione; poichè, non si ebbe alcun effetto spiacevole, ma bensì si manifestò l'azione ipnotica del rimedio. In molti casi di *eclampsia* la guarigione seguì prontamente dietro le iniezioni per l'ano di 2 grammi di cloralio sciolto nel decotto d'altea, ed unito a ½ tazza di

(1) L'*etere clorico* così chiamato impropriamente, è rimedio prescritto spesso dai medici inglesi: esso si compone di una parte di cloroformio, e diciannove di alcool rettificato a 90.° — Cinque a dieci gocce di questo liquido in mezzo bicchiere di acqua, costituiscono un miscuglio di sapore aggradevole, e che possiede un'azione antispasmodica notevole in grande numero di casi.

Digitized by Google

colla d'amido calda. Mai si osservarono fenomeni d'irritazione locale, quand' anche si ripetesse l'iniezione dopo breve tempo (1 ora), il che si faceva quando il primo clistere veniva ricacciato quasi subito. Il caso più notevole guarito con simil metodo, è quello comunicato dallo stesso Martin, che riguarda un'eclamptica, gravida di 7 mesi, in cui si aveva contemporaneamente anche una nefrite albuminosa. Quest' inferma ebbe nel 16 Novembre 4 accessi di eclampsia, che furono resi deboli con le inalazioni di cloroformio; nel 17 Novembre furono fatti due clisteri a distanza di due ore con 2 grammi di cloralio per ogni volta, e da quel tempo non si presentò più alcun accesso. La gravida nel 23 Dicembre si sgravò di un bambino morto da lungo tempo ed in gran parte macerato; puerperio normale; nessuna traccia di eclampsia. L'istesso Martin ha tentato l'uso del cloralio anche nel così detto *trisma uterino* durante il parto. Però in un caso di una primipara, a cui fu dato internamente alla dose di 4 grammi, non produsse alcun effetto, e la bocca dell'utero si dilatò soltanto dopo l'uso di un clistere con oppio e due iniezioni sottocutanee di morfina. — Gli egregi Dott. Verga e Valsuani hanno pure compiute importanti esperienze col cloralio, e, forse meglio di altri, ne hanno stabilito il vero valore terapeutico. Essi al pari di Martin lo hanno somministrato utilmente per la via dell'intestino retto, e di più hanno costatato, che anche la cute intatta può servire all'introduzione del cloralio meglio che a quella degli altri narcotici, purchè sia unito al grasso sotto forma di pomata; per contrario hanno notato che non sono opportune le iniezioni ipodermiche praticate col cloralio, e che l'effetto del rimedio è incostante e non proporzionato alla dose impiegata, ma invece in ragione diretta con lo stato di affievolimento del sistema nervoso. La dose a cui si propina il rimedio merita pure seria considerazione secondo i citati autori, in quanto che, qualora essa sia eccedente, facilmente può dar luogo a congestioni cerebrali; prudentemente essi suggeriscono, che si debba cominciare con la dose di 1 grammo, amministrandolo per la bocca o sotto pelle; con quella di 1 ½ grammi per clistere, e con quella di 2 grammi per frizioni sulla cute intatta unito alla sugna (2, 15-20). — Il Dott. Briess ha somministrato il cloralio con la più grande utilità in un caso di *corea isterica* gravissimo, che durava da più settimane, e contro cui erano riusciti totalmente inutili tutti gli altri rimedi. L'inferma da 11 giorni non aveva preso più sonno, nè si era riusciti a farla riposare anche con l'iniezione ipodermica di forti dosi di morfina; le convulsioni erano tanto gravi, che per tenere in letto la malata si dovette ricorrere ai mezzi contentivi. Il cloralio appena amministrato produsse subito il sonno, e proseguendo nella somministrazione di esso, si ottenne in un mese la guarigione completa. — H. J. Chapmann narra un caso di *delirium tremens* in cui 1, 8 di cloralio produsse subito la cessazione del delirio, ed un'altra dose di 1, 2 la sollecita guarigione. — Il Dott. A. Ferrand ha sperimentato il suddetto rimedio con buon successo contro la *coqueluche* in tre bambini che ne erano assai tormentati, e che non avevano tratto alcun vantaggio da molti altri rimedi. Il cloralio fu disciolto, alla dose di 2 grammi, in 150 di sciroppo, e di questa soluzione ne furono dati tre cucchiai al giorno; uno prima di pranzo, un altro dopo, ed uno la sera al momento di addormentarsi. Ogni cucchiaio rappresentava circa 25 centigr. di cloralio. Il miglioramento si ottenne subito e la guarigione entro pochi giorni. — Il cloralio è stato oltre ciò studiato nella sua azione terapeutica dal Moleschott in Torino, dal Namias, dal Minich e dal Berti in Venezia, dal Tommasi e dal Cantani in Napoli, e da moltissimi stranieri, e tutti concordano nel riconoscere in esso l'azione ipnotica, e nel riguardare il cloralio per uno dei *più preziosi regali che la scienza abbia fatto alla medicina* (Moleschott) (1).

7. Il **Nitrato d'amile** è stato vantato contro l'*angina pectoris* dal Dott. Brunton dinanzi alla Clinical Society di Londra. Se si fanno inalare 5 gocce del rimedio più volte al giorno, i dolori diminuiscono o cessano, tostochè si manifesta l'azione fisiologica del rimedio, cioè rossore del volto ed innalzamento del polso. Dalle ricerche fatte con lo sfigmografo intorno all'azione di questo medicamento risulta, che durante l'accesso è diminuita la distensione del tubo arterioso ed aumentata la tensione, e che sotto l'uso del rimedio diminuisce la tensione e si aumenta la distensione del vaso. Ciò avverrebbe per diretta influenza del medicamento sulle fibre muscolari della tunica arteriosa, e non già per influenza sul sistema nerveo: almeno questo è il risultato delle esperienze fatte nel laboratorio di Ludwig, essendosi veduto l'effetto del rimedio sulla circolazione, anche dopo tagliato il midollo spinale nella regione cervicale.

8. **Protossido di azoto.** — Nella seduta del 7 Dicembre dell'Accademia di Medicina di Parigi, il Dott. Jeannel ha letto una nota sul protossido d'azoto considerato come agente anestetico. Eccone le conclusioni: 1) Il gas purificato quale si prepara oggidì, non produce il delirio gaio descritto dagli autori nel principio di questo secolo. 2) L'anestesia proto-azotica è tanto completa quanto la cloroformica; ne differisce per la rapidità dell'invasione, per l'assenza dell'eccitamento in principio, e per la facilità del ritorno allo stato normale. 3) È applicabile facilmente alle operazioni di breve durata; potrà però applicarsi anche alle grandi operazioni, mercè l'intermittenza delle inalazioni convenientemente diretta. 4) Gli accidenti mortali sono meno possibili col protossido d'azoto che col cloroformio, però essendo possibili, dovrà riservarsi pei soli casi in cui il dolore può accrescere il pericolo dell'operazione. 5) L'uso del protossido d'azoto è meno comodo di quello degli anestetici liquidi, perchè esige un apparecchio speciale.

9. La **tintura eterea di valeriana** è stata raccomandata da Guillemin per curare gli *accessi isterici*. Guillemin versa a tal fine 20 gocce del rimedio su di una pezzuola, e quindi per un minuto ne fa respirare i vapori

(1) Ora si sta esperimentando in Berlino un altro corpo analogo al cloralio, cioè il *bromalio idrato*. Steinauer ha comunicato i suoi studi in proposito alla Società Fisiologica il 12 Marzo p. p.: sembra che esso produca ipnosi più leggiera del cloralio, ma anestesia più completa; fino ad ora è stato somministrato solo ad alcuni malati di epilessia e di tabe dorsale. Appena se ne conosceranno i risultati, ci affretteremo a farli conoscere ai nostri lettori.

C. B.

Digitized by Google

alla malata; quest' inalazione ripetuta per due volte alla stessa dose, è sufficiente per apportare la crisi; le malate emettono orine in abbondanza, e ciò *costantemente* pone fine all' accesso.

10. **Veratro verde.** — Il Prof. H. Hirtz riferisce su due casi di *pneumonite* curati coll' estratto di veratro, nei quali questo rimedio dato alla dose di 1 centigr. per pillola ogni ora, dopo circa 3 dosi produsse vomito e quindi abbassamento considerevole della temperatura, e diminuzione del numero delle pulsazioni e delle respirazioni. In un caso la temperatura entro ore 3 ½ scese da 39, 7° a 36, 8°; le pulsazioni da 116 a 74 e le respirazioni da 76 a 38. La febbre però ringagliardiva di nuovo dopo qualche tempo, finchè nel giorno seguente altre dosi di veratro non l' avessero di nuovo ammorzata. In questi casi la defervescenza avvenne completa nel 7.° giorno, il che non si discosta però molto dall' andamento ciclico naturale della pneumonite. — Le esperienze di Caspari fatte con la tintura di veratro americana, confermano quelle di Hirtz, e di più stabiliscono, che il veratro abbrevia di due giorni il corso della pneumonite. Pégaitaz in simili casi, preferisce l' uso delle iniezioni ipodermiche di *veratrina.* — Il veratro ha pure la parte principale nel metodo curativo proposto da Weir contro la *febbre puerperale.* Weir dice che da 15 anni adopra questo metodo senza avere avuto alcun insuccesso. Ecco in breve come egli procede. Sul principio applica fomenta fredde sulla regione uterina per 12 ore, e dà internamente ogni 2 ore 7-10 gocce di tintura di veratro, unita allo spirito di trementina; contemporaneamente ogni 4 o 8 ore inietta accuratamente nell' utero latte tepido ed allungato. Per lo più dopo 12 ore di questo trattamento, si costata remissione della febbre con forte traspirazione. Allora sospende il veratro, e gli sostituisce 15 a 20 gocce ogni due ore di *balsamo di copaibe,* ed invece delle iniezioni di latte, ne fa con una soluzione di *chinina* (2, 40 in 180, 0 di acqua). Quindi dopo, una dose di morfina fa dormire la paziente per parecchie ore. Viene chiusa la cura con 1, 30 di chinino ed una dose di oppio. — Durante l' uso del veratro, ed anche alcune ore appresso, il bambino non deve essere allattato.

11. **Colchico.** — Guéneau de Mussy da qualche tempo adopra la tintura di semi di colchico contro il *reumatismo articolare acuto,* ed ha osservato che essa per solito fuga la febbre entro pochi giorni; però ora ha pensato di aggiungere a questa preparazione il *bromuro* di *potassio,* ed ha veduto che con ciò, oltre la diminuzione della febbre, si procura al malato anche un benefico sonno, assai migliore di quello prodotto dall' oppio. La tintura di colchico viene amministrata a dose non maggiore di 1 o tutt' al più 2 grammi, affine di evitare una troppo energica azione di essa sul canale intestinale.

12. **Fava di Calabar.** — Haining comunica un caso di *grave tetano traumatico* da esso condotto a guarigione con l' uso della fava di Calabar. Da principio somministrò l' estratto per uso interno da 1 a 3 grani per dose, quindi non essendosi verificato alcun miglioramento, fece una soluzione da iniettarsi sotto la cute, aggiungendo all' estratto un poco di bicarbonato di potassa, e cominciò ad iniettare ¼ grano di estratto ogni volta, aumentando la dose fino a 6 grani (!!) e ripetendo così spesso le iniezioni, che nell' acme della malattia, giunse ad iniettare nelle 24 ore 41 grani di estratto di fava di Calabar (!!!). In seguito migliorando la malattia le iniezioni furono fatte meno frequentemente e con dosi minori. In tutto fu amministrato il rimedio per 34 giorni, e ne furono consumate 10 dramme, senza che ne venisse alcuna cattiva conseguenza. Haining *assicura che il suo preparato era di eccellente qualità.* L' *escrina* principio attivo della fava di Calabar, è stata adoprata vantaggiosamente dal Dott. Galezowski contro l' *emeralopia* usandola sotto forma di collirio (2 centigr. in 10 grammi di acqua distilata). Galezowski fu guidato a questa applicazione terapeutica dall' avere osservato nell' esame oftalmoscopico praticato sui malati di emeralopia, che ad intervalli sparivano le arterie vicino alla papilla, il che era da riferirsi a contrazione spasmodica di esse. Era ben naturale che un aneretesiaco così valente come la fava di Calabar, dovesse valere a togliere questo spasmo, e difatti i risultati furono tali da corrispondere pienamente alle vedute teoretiche.

13. La **Segale cornuta** amministrata ripetute volte da Christmann in una ragazza con notevole tumore di milza, profuse emorragie dal naso e dai genitali, e *sudori colliquativi*, produsse sempre la scomparsa dei sudori, benchè data con l' intento di frenare l' emorragia. In un altro caso di aumentata secrezione di sudore, lo stesso medico ottenne del pari la guarigione col medesimo rimedio. La dose fu di 40 a 50 centigr. della polvere 4 volte al giorno. — Löbel ha sperimentato l' estratto di segala cornuta in 4 casi di grave *emoptoe,* iniettando sotto la cute due sifoni di una soluzione di 0, 60 grammi di estratto in 4, 0 grammi di acqua distillata. L' emorragia venne sempre frenata in capo a 10-30 minuti, però ritornò sempre dopo 5-24 ore; questo metodo secondo Löbel avrebbe il disvantaggio di esser doloroso, e di produrre una considerevole reazione nel punto dove si e fatta la puntura. — Legendre ha trovato utile l'*ergotina* in tre casi di *galattorrea* che non si era potuta arrestare con altri rimedi, e che conduceva le malate alla consunzione. Egli la prescrisse secondo la formola seguente: ergotina di Bonjean grammi 2; sciroppo semplice grammi 30; acqua grammi 125 a cucchiai tre volte al giorno. La guarigione tenne dietro rapidamente all' uso del rimedio.

14. **Stricnina.** — Oscar Liebreich, lo scopritore dell' azione ipnotica del cloralio, ha dirette ora le sue esperienze a trovare un antitodo contro l' *asfissia* che può essere prodotta dalle dosi tossiche di cloralio e dalle inalazioni di cloroformio. Avendo costatato che questi corpi vanno ad agire anzitutto sul cervello e sul midollo spinale e quindi sul cuore, si dette a ricercare un rimedio che agisse in prima linea su quest' ultimo viscere, ed è giunto a trovarlo nella stricnina, la quale rafforza la sistole cardiaca e ne diminuisce la diastole, manifestando cioè un' azione del tutto inversa a quella del cloralio e del cloroformio. Le esperienze sugli animali confermarono le vedute di Liebreich; ad un coniglio amministrò una dose tossica di cloralio, e l' animale indi a poco morì; ad un secondo coniglio della stessa statura dette un' egual dose di cloralio, e non appena cominciò a farsi debole la respirazione, una dose tossica di stricnina, e l' animale subito si riebbe e si mantenne del

Digitized by Google

tutto sano; quest' ultimo dopo due giorni ebbe la stessa dose di stricnina, e morì in 15 minuti. Stando alle esperienze sugli animali, crede Liebreich, che nel caso di avvelenamento per cloralio o per cloroformio, negli uomini, possano iniettarsi sotto la cute anche 10 milligrammi di stricnina.

15. Il **Cianuro di zinco.** (*Zincum hidrocyanicum sine ferro*) è stato amministrato con buon esito in un caso di *corea minore* dal Dott. Drasche. La malattia durava da parecchi anni ed era molto grave. S' incominciò la cura facendo prendere 1 milligr. al giorno del medicamento, e si andò aumentando giornalmente la dose; quando l' inferma giunse a prenderne 10 milligr. al giorno, sopravvenne un miglioramento deciso. In 50 giorni furono amministrati quasi senza interruzione 0, 12 di cianuro di zinco, senza che si notasse alcuna influenza nociva del medicamento.

16. **Arsenico.** — Devergie ha fatto recentemente degli studi sull' azione dell' arsenico, e sulle diverse preparazioni arsenicali; le conclusioni più importanti a cui è giunto, sono: 1) che la dose dell' arsenico deve sempre elevarsi progressivamente; 2) che il liquore del Fowler è la migliore preparazione arsenicale, come quella che ei fissa, stabile, largamente sperimentata, e conosciuta nei suoi effetti; 3) che il maximum della dose a cui si deve arrivare progressivamente è di 18 gocce; ed infine; 4) che l' arsenico deve somministrarsi preferentemente a digiuno, poichè preso nel momento del pasto ne rimane molto attenuata l' azione.

17. L' **arseniato d' antimonio**, già preconizzato da Papillaud contro l' *asma* ed altre nevrosi degli apparati circolatorio e respiratorio, è stato pure trovato utile in alcuni casi simili dal Dott. E. Jobert col mezzo dei granuli arsenico-antimoniali = 0, 5 milligr., Jobert ha prodotta la guarigione in 3 mesi in un uomo di 45 anni che da 15 anni soffriva per accessi periodici di asma. Eguale successo ebbe lo stesso trattamento in una Signora di 50 anni che soffriva pure per la medesima malattia.

18. Il **solfato** di **chinina**, già suggerito dal Prof. Vivenot come *profilatico* contro la febbre da malaria, è stato sperimentato per ordine del Ministro della Marina austriaca in una parte della guarnigione di Polà. Ogni uomo ne prese giornalmente 15 centigr. sciolti nel rhum, ed i risultati sono stati abbastanza soddisfacenti, poichè in quella parte di guarnigione, le febbri intermittenti sono state molto più rare, che in quella che non ha fatto uso del profilatico. Il Dott. Baxa per ragioni, che sarebbe qui lungo l'addurre, fondate sulla natura della materia infettante che produce le intermittenti, crede che lo scopo sarebbe raggiunto più completamente variando il modo d' amministrazione del rimedio, cioè dandone una dose più forte (60 centigr.) una sola volta per ogni settimana. Baxa conosce in Pola molte persone, che prendendo di tempo in tempo 8-12 grani di chinino nel caffè sono rimasti esenti per molti anni dalle febbri intermittenti. Con questo metodo, anche dal lato dell' economia si guadagnerebbe, poichè complessivamente ogni individuo consumerebbe una quantità di chinino molto minore. — Il fatto dell' azione profilatica del chinino merita seria considerazione anche dal lato scientifico, e vorremmo che anche qui in Italia si facessero su tale rapporto esperienze numerose, specialmente sui militari, che per la loro disciplinatezza si presterebbero meglio delle altre masse, all' esatta osservanza di una prescrizione, da cui potrebbero aspettarsi incalcolabili vantaggi.

19. **Chinoidina.** — Il cloroidrato di chinoidina, è stato usato da Löbel per iniezioni ipodermiche ed internamente contro le *febbri intermittenti*. La febbre è stata vinta, ma gli accessi sono svaniti gradatamente, facendosi sempre più brevi, ed è stato necessario il ripetere 3-5 volte la dose ordinaria del rimedio.

20. L' **acido chinopicrico** è raccomandato come rimedio da potersi sostituire al chinino, dai dottori Ossian Henry, E. Pernet, ed Alfroy Duguet. Esso è poco solubile nell' acqua, molto nell' alcool, di sapore molto amaro, e di colore giallo. La sua azione è quasi equivalente a quella del solfato di chinina; il suo tenue prezzo lo rende molto importante per la cura dei poveri.

21. **Foglie di olivo.** — Nel *Genio med. quirurgico* si narra di un tal Soler affetto da lungo tempo da *laringite con afonia* e difficoltà nell' inghiottire, in cui nulla era riuscito a migliorare lo stato del laringe. Nella sera del 7 Ottobre dietro consiglio di un suo amico masticò ed inghiottì un manipolo di foglie d' olivo; dopo poco tempo la voce gli si fece più chiara, e la deglutizione più facile. Il Soler ripetè altre tre volte lo stesso processo, e nel mattino seguente era interamente guarito (??!)

22. L' infuso di **Senape**, casualmente è stato trovato utile da un medico spagnuolo in un caso di *singhiozzo* ostinato; lo stesso medico ha poi ripetuto l' esperimento con pari utilità in altri casi simili. Il Dott. Jauariz che riferisce tal fatto, ha avuto pure occasione di amministrarlo in tre casi, e sempre con lo stesso risultato. La formola dell' infuso è: farina di senape, un cucchiaio da caffè, acqua bollente grammi 120 f. infus. s. l' a. da beversi in una volta. — Più di recente, il Dott. Dutech ha pure pubblicato un caso di singhiozzo persistente in una giovane di 26 anni, che fu prontamente debellato con lo stesso rimedio.

32. Il **Lattofosfato di calce** di cui si è occupato recentemente il Dott. L. Dusart, si ottiene per l' azione dell' acido lattico sul fosfato di calce: è solubile in tutte le porporzioni nell' acqua e nei liquidi gastrici, ed introdotto nello stomaco, anche in piena digestione, non viene affatto precipitato dagli alimenti in parte chimificati; in sostanza esso rappresenta il prodotto dell' azione del succo gastrico sul fosfato di calce ordinario. Dusart, lo ha impiegato con gran vantaggio per affrettare la formazione del callo nel caso di *fratture*, amministrandone 4 a 6 grammi al giorno; nella *rachitide* dandolo sotto forma di sciroppo alla dose di tre cucchiai al giorno, = 2, 0 grammi; e finalmente nella *dispepsia*, nella cura della quale sembra che possa trarsene il più gran partito, essendo il lattofosfato di calce un agente stimolante energico della digestione, la cui prima azione ha appunto per effetto di esaltare o di risvegliare i fenomeni chimici della digestione. Contro la dispepsia viene pure amministrato sotto forma di sciroppo; un cucchiaio avanti ad ogni passo. Diciannove osservazioni sono riportate a confermare le vedute del Dott. Dusart.

24. **Maltina.** — Contaret di Roanne, ammettendo tre specie di *dispepsie*, l' amilacea o salivare, la duodeno-intestinale, e la gastrica o solfoidrica, ha studiato special-

Digitized by Google

mente la dispepsia collegata ad insufficienza del fermento amilaceo, e contro questa affezione preconizza il fermento estratto dall'orzo germogliato, cioè la diastasi pura, che egli designa col nome di maltina. Cita 35 osservazioni in cui questa medicatura avrebbe recato un buon risultato.

25. L'**ossalato di cerio** introdotto in medicina dal Prof. Simpson, viene raccomandato dai dottori Curran e S. A. Lucas contro il *vomito delle gravide*. Quest'ultimo dopo averlo adoprato in molti casi di tal genere con buon successo, lo ha ora messo in opera anche in un caso di *vomico dispeptico*, che aveva resistito a molti altri rimedi, e ne ha ottenuto la completa guarigione. Ecco la formola secondo cui lo prescrive il suddetto autore: Pr. di ossalato di cerio 2, 24; estratto di giusquiamo 1, 50; M. e divid. in pillole N. 12 - tre al giorno.

26. **Gemme d'abete.** — Revillout riconosce nell'acqua distillata di gemme d'abete un emostatico potente contro le *emorragie passive*, che si attengono ad una discrasia del sangue, come nella porpora, nelle cachessie ecc. Il medesimo farmaco, secondo lo stesso autore, è anche un tonico prezioso, nello stato nervoso complicato a cloroanemia, che succede spesso alle affezioni croniche dell'utero, nella cachessia paludosa e nella convalescenza delle febbri gravi.

27. **Succo di pino marittimo.** — Il Dott. Ossana raccomanda due preparati che si confezionano con questo succo, lo sciroppo e la pasta, contro le seguenti affezioni; cioè: A) lo *sciroppo* 1) contro i catarri cronici e la blennorrea dei polmoni e del laringe, le bronchiectasie, la cancrena polmonare, l'asma e la coqueluche nello stadio blennorroico; 2) contro le flatulenze, le coliche, le blennorree e l'elmintiasi dei bambini; 3) contro il catarro cronico e la blennorrea della vescica, e contro la ritenzione d'orina in seguito a paralisi della vescica; 4) contro i fiori bianchi, l'amenorrea, le cosiddette emorragie atoniche dei genitali, e contro la gonorrea e la goccia militare. B) ha *pasta;* contro le reumatosi, ed in specie contro i reumi cronici articolari e muscolari, contro l'artrite blennorragica, gli esantemi cronici, i tumori glandolari, le nevralgie e le paralisi. S'intende da sè, che l'azione del suddetto rimedio risiede negli elementi resinoso-balsamici del preparato.

28. **Troscisci di Vichot.** — L'autore dà la formola seguente per questi troscisci, che dice di aver impiegato utilmente contro la *tosse convulsiva* dei bambini: Pr. carbone di legna soppesto, grammi 7, 5; nitro 02; naftalina 1, 0; creosoto 0, 8; acido fenico 0, 4; catrame di carbon fossile 1, 0; mucilagine di gomma adragante 9, 4: M. f. troscisci del peso di 4 grammi. I malati devono esser posti in una camera ben chiusa: per uno spazio di 20 metri cubi basta bruciare un solo dei troscisci, per 30 metri cubi 2, per 40 metri cubi 3. — Tale metodo di cura non differisce essenzialmente da quelli che accennammo nella passata rivista, consistenti nel far respirare i malati nelle sale di depurazione del gas illuminante; ovvero in un ambiente in cui sia posta ad evaporare la benzina.

29. **Percloruro di ferro.** — Il Prof. Clar raccomanda il percloruro di ferro diluito nella glicerina contro la *difterite*. Egli oltre all'applicazione esterna del freddo, ed all'amministrazione interna del ghiaccio, ordina una soluzione di 20 gocce di percloruro di ferro liquido in 60 grammi di glicerina, e ne fa prendere da mezzo ad un cucchiaio da caffè ogni mezz'ora: appena si avverte un miglioramento, ne dirada le dosi e le intercala con una soluzione di 1 grammo di *borace* in 50 di glicerina, che pure fa prendere a piccoli cucchiai. Nella convalescenza seguita ad ordinare soltanto quest'ultimo rimedio. In 20 casi di cui 10 gravi, Clar ha avuto a lamentare soltanto la morte di un bambino di 6 mesi, seguita dopo 5 settimane per edema del cervello.

30. **Acetato di piombo.** — Il Dott. Ermanno Schmidt vuole riportato in onore contro le malattie della congiuntiva questo rimedio, che era stato quasi totalmente dimenticato, dopo che il von Graefe ebbe fatta conoscere la grande utilità dei caustici e specialmente del *nitrato d'argento*. Schmidt per quanto riconosca l'utilità del metodo di Graefe nelle mani di un oftalmologo, pure rileva come sovente esso riesca dannoso nella pratica privata, in cui non sempre si è in grado di stabilire quando sia realmente indicato. L'acetato di piombo, per inverso, non produce mai danni, anche quando si sia sbagliata l'indicazione; e benchè Moore e Stellwag dicano che i topici di piombo possono opacare la carnea, precipitando su di essa, quando sia interessata dal processo morboso, pure ciò non accade quando si badi al modo di applicazione. Schmidt non usa nè gli unguenti, nè i colliri, nè i cataplasmi con piombo, i quali devono stare lungo tempo a contatto della congiuntiva, ma invece adopera una soluzione di acetato di piombo, (0, 5 su 30, 0 di acqua distillata), e con essa tocca la congiuntiva rovesciata, lavandola quindi con acqua distillata. In questo modo la soluzione non lascia mai alcun precipitato che possa intorbidare la trasparenza della cornea: bisogna solo avere l'avvertenza di spesso rinnovarla. L'ha adoperata utilmente in molti casi di *difterite congiuntivale* nell'ultimo stadio, quando cioè essendo svanito in gran parte l'infiltrato, la mucosa rimane tumida e succulenta, ed avvi aumento della secrezione, fra cui si trovano mescolati globuli di pus. Nel primo stadio della *blennorrea acuta*, in quei casi in cui la secrezione, nel sacco congiuntivale è ancora poca e sierosa, l'acetato di piombo gli ha pure prestato sempre migliori servigi del nitrato d'argento; e lo stesso è a dirsi in certi casi di *tracoma*, in cui essendovi infiammazione e turgore della mocusa, era ancora possibile il riassorbimento delle granulazioni. Finalmente Stellwag dice, che l'acetato di piombo è a preferirsi al solfato di zinco, tannino ecc. anche nella cura del *catarro congiuntivale*, e che, come ha avvertito v. Graefe, è rimedio quasi specifico contro le piccole granulazioni e l'irritamento della cornea, che tengono dietro alle applicazioni protratte dell'atropina.

31. **Iodio.** — Guillemin nel trattamento della *sifilide* ha sostituito al ioduro di potassio la soluzione di iodio: a tal fine egli scioglie 50 centigr. di iodio in un litro d'acqua. I fenomeni sifilitici secondo Guillemin svaniscono tanto prontamente quanto con l'uso del ioduro di potassio. Secondo i casi, ha fatto prendere 5 a 6 cucchiai da caffè della soluzione in ogni giorno, distribuiti fra la mattina e la sera. — Nei casi in cui dopo l'amministrazione di rimedi purgativi si hanno *vomiti ostinati* senza ottenere alcuna defecazione, Caspary raccomanda il iodio come il più sicuro rimedio; la formola con cui si amministra è la seguente: tintura di iodio, gocce 30; acqua grammi 240; gomma

Digitized by Google

dragante, grammi 1, 25 - un cucchiaio l'ora. Il iodio non solo seda il vomito, ma a guisa dei rimedi narcotici calma anche il dolore di stomaco. In simili casi era stato già usato anche da Rademacher. — Marchal de Calvi nei casi d'*ingorghi glandolari* fa portare appeso al collo un sacchetto di tela contenente la seguente polvere mescolata con cotone cardato: Iodio centigr. 8; spugna calcinata grammi 10; ioduro d'amido grammi 5. In un caso d'ingorgo duro e doloroso della glandola mammaria, del volume di un uovo di piccione, Marchal ha ottenuta la guarigione perfetta in tre mesi senza altra medicatura, facendo portare notte e giorno il sacchetto iodico. Deve avvertirsi di rinnovare il sacchetto ogni 5 giorni.

32. **Joduri di mercurio.** — Il *protoioduro di mercurio* è stato tratto in uso con buon esito, in ispecie esternamente, contro la tumefazione o l'induramento degli organi glandolari, dal Dott. Wolff. La formola secondo cui lo prescrive è 15 a 25 centigr. di ioduro in 5 grammi di grasso: è da avvertire che la dose del rimedio deve elevarsi gradatamente, affine di assuefare la pelle alla sua azione irritante. Wolff l'ha usato pure internamente con successo in un caso di dolore di capo periodico, che aveva resistito a tutti gli altri rimedi, e che sembra dipendesse da alterazione di struttura nella parte relativa del cervello. La dose fu di 15 milligr. 4 volte al giorno. — Il Dott. Carlo Lauri ha comunicato undici osservazioni fatte su malati di sifilide che furono curati col metodo delle iniezioni sottocutanee. Però invece del sublimato, Lauri si è servito in 5 casi del *ioduro idrargirato di mercurio* ed in altri 6 del *ioduro doppio di mercurio e di sodio:* tanto dell'un rimedio che dell'altro, ad ogni iniezione ne furono introdotti 2 milligr. sciolti in 1 grammo di acqua. Il numero delle iniezioni occorso per ottenere la guarigione, è stato variabile, nè Lauri ha riscontrato alcun rapporto fisso fra esso, e la intensità, o la più o meno vecchia data dei fenomeni sifilitici. Ciò che si è osservato di certo, è, che adoprando il ioduro doppio di sodio e di mercurio, i risultati sono stati molto più pronti o decisivi, come del resto era stato già osservato da Brichetau. In un solo degli undici casi ricordati, si è presentato il flemmone circoscritto al luogo della puntura, e l'ascesso consecutivo, peraltro Lauri avverte che in quel caso probabilmente l'iniezione non fu praticata con cautela, e che la cannula dovette andare ad offendere il tessuto muscolare sottostante.

33. Il **ioduro di potassio** è creduto l'unico rimedio utile contro la *meningite* dei bambini, da Archamboult ed Otterbourg; il primo ne dà sino a 6 grammi al giorno ed il secondo 4: il rimedio si suole sospendere, appena si rende notevole uno stato congestivo degli occhi.

34. **Mercurio.** — Il Prof. Lebert, recentemente in una sua comunicazione preliminare, ha fatto conoscere un suo metodo speciale per curare la *sifilide* col mercurio, e tale da portare buoni effetti a preferenza di quelli adoperati sinora. Egli fa suppositori lunghi un pollice e mezzo col burro di cacao, misto ad un poco di cera bianca, a cui unisce la pomata mercuriale a dose crescente (0, 05 - 0, 25 - 0, 3 per ogni suppositorio). La qualità del mercurio viene aumentata lentamente, affine di non irritare troppo la mucosa del retto. Dei suppositori ne viene introdotto uno ogni sera prima d'addormentarsi, e nelle persone già abituate, anche uno nella mattina un'ora prima di levarsi. 25-30 suppositori formano una cura media, che viene sospesa per qualche giorno, solo allorchè i malati si lagnano di vivo bruciore nel retto (1).

35. Il **carbonato di litina** vantato già da qualche tempo contro l'*artritide*, è stato ora studiato su tale rapporto dal Prof. C. Ph. Falk di Marpurgo. In alcuni casi sembra che gli sia riuscito utilissimo, poichè in breve tempo con l'uso di esso potè far camminare liberamente individui che per lo innanzi avevano sperimentato inutilmente tutti gli altri rimedi. La dose a cui Falk ha amministrato il rimedio, è stata sul principio di 1 grammo ogni due ore: e quindi di 2 grammi; la forma, in polvere. Le orine dei malati che facevano uso di detto sale, esaminate chimicamente, fecero riconoscere che era passata in esse una grande quantità del rimedio. — Il Prof. Ditterich di Monaco lo propone al contrario a dose molto minore, ed anzi questo scrittore ascrive alle dosi troppo elevate, gl'insuccessi ed i danni che talvolta tengono dietro all'uso del rimedio. Nella sua dotta memoria sulla cura della gotta con il litio, egli prescrive, che il carbonato di litina non debba amministrarsi a dose maggiore di un grammo nelle 24 ore, e che ogni dose non debba essere maggiore di 12 centigrammi. La formola che adotta a preferenza, è la seguente: Pr. di carbonato di litina, centigram. 30; sciogli in acqua distillata, grammi 150; aggiungi, succo di liquerizia, grammi 4: uno a due cucchiai ogni due ore. È da avvertire, che la litina deve solo adoperarsi quando è passato il periodo di dolore intenso, il che accade per solito entro due o tre giorni, se si sono amministrati i narcotici da lui proposti, cioè l'*aconito* e la *bella-donna* — 8 o 10 giorni di cura, sono per lo più bastanti secondo Ditterich, per guarire un accesso di gotta acuta.

36. **Ammoniaca.** — Il Dott. Tyler Smith nella società ostetrica di Londra ha riferito intorno ad un caso di *febbre puerperale*, in cui egli iniettò in una delle vene dell'avambraccio 0, 5 di ammoniaca in 1, 5 di acqua. Immediatamente si ebbero dolori in tutto il corpo, che durarono per alcune ore. Nel giorno seguente lo stato generale e locale era già migliorato, ed il polso era disceso a 100. Il miglioramento progredì sino alla guarigione completa, interrotto solo da una insignificante ricaduta nel quarto giorno. Nella discussione che seguì al referto di Smith, il Dott. Bames notò che egli avrebbe preferito di adoperare un liquido di peso specifico eguale a quello del sangue, e di iniettare la soluzione d'ammoniaca meno concentrata. — Spencer Wells nell'istessa occasione narrò di avere adoperata per due volte l'iniezione d'ammoniaca in una donna a cui aveva fatto

(1) Da notizie recentissime giunte alla redazione del giornale — *Berliner klinische Wochenschrift* — si sa che il Prof. Lebert in una serie di casi sta esperimentando anche un altro metodo di cura generale della *sifilide*. Egli fa iniezioni sottocutanee con un miscuglio di pomata mercuriale *(unguentum Hydrarg. ciner.)* e di olio di olivo, ordinariamente nella proporzione di 4 a 9. Queste iniezioni sarebbero preferibili a quelle di sublimato, specialmente per non essere dolorose. Nella prossima Rivista, se troveremo comunicati i risultati del nuovo metodo di cura, li faremo conoscere ai nostri lettori. C. B.

Digitized by Google

l'ovariotomia, senza però ritrarne alcun profitto. Del resto egli crede che si debba badare ad iniettare l'ammoniaca, in genere in quei casi soltanto, in cui havvi soprabbondanza di fibrina nel sangue. — In un caso di *avvelenamento* con la tintura d'*aconito*, il Dott. Wills Richardson ha adoprato con vantaggio le iniezioni sottocutanee di ammoniaca, (1 parte su 2 di acqua), già proposte dal Prof. Halford contro molti veleni narcotici. Quattro iniezioni di grammi 1, 80 del suddetto liquore, fatte a breve intervallo, bastarono a strappare la malata da una morte imminente: dei quattro punti delle punture, solo uno s'infiammò, e si formò su di esso una piccola escara.

37. **Carbonato d'ammoniaca.** — Löbel ha fatto inalare i vapori di carbonato d'ammoniaca, (ponendone un cucchiaio da caffè nell'acqua bollente, in un caso di *broncobtennorrea* da bronchiectasia, contro cui erano riuscite inutili le inalazioni con l'olio essenziale di trementina, l'acqua di catrame ecc. La qualità degli sputi, che giornalmente era di 3 libbre (Pfund), dopo l'inalazione dei suddetti vapori discese a ½ libbra. Dopo due mesi di cura il malato lasciò l'ospedale emettendo giornalmente l'ottava parte degli sputi di prima.

38. La **saoria** (capsule della *Moesa pieta)*, è stata sperimentata con grande utilità da Valentin contro la *tenia* e specialmente nei bambini, che la prendono volontieri a motivo del suo sapore non disgustoso. Si amministra alla dose di 15 a 30 grammi.

39. **Estratto di semi di zucca.** — Secondo Cullen quest'estratto preparato da Chas. Hand somministrato a cucchiai tre volte al giorno per breve tempo, è il più sollecito ed il più sicuro rimedio contro la *tenia*. Tale estratto si prepara trattando con l'alcool i semi di zucca contusi.

40. Il **balsamo del Perù** e lo **storace** già introdotti nella pratica per la cura della *scabbia* da Gieffers e v. Pastau, vengono ora riguardati come i migliori rimedi contro questa malattia dal Dott. Burchardt di Cassel. Secondo le sue esperienze il balsamo di Perù puro, in regola generale, uccide gli acari in 20 a 30 minuti: una sola frizione ben fatta, per cui ne occorrono 9 grammi, è sofficiente ad uccidere tutti gli acari. Lo storace sciolto nell'olio di oliva (4: 1) secondo la formola di Pastau, uccide pure gli acari in modo sicuro, ma occorre un tempo alquanto più lungo (2 a 3 ore). Prima che si faccia la frizione il malato non deve lavarsi. nè sudare, perchè il balsamo s'insinua meglio quando la cute è asciutta: in caso può ripetersi una nuova fregagione da farsi al malato 10 giorni dopo la prima.

41. L'**olio essenziale di trementina** da poco tempo conosciuto come il più valido contravveleno del fosforo, per le esperienze di Letheby e Personne e per le osservazioni di Andant, Thosias, Jenkins e Sorbets è stato non ha guari esperimentato con buon successo dal Dott. H. Koehler in un caso di una donna di 43, anni che si era avvelenata ingerendo una dose considerevole di fosforo. — Undici ore dopo l'avvelenamento, la donna aveva vomitato più volte, la sua fisionomia era contratta e pallida, la pelle ricoperta da sudore freddo, si lagnava di dolore indeterminato nel ventre, e di ricorrenti brividi di freddo: dopo poco tempo si svegliarono violente convulsioni cloniche nelle gambe, le palpebre inferiori si fecero edematose, la respirazione rantolosa, l'alito di odore agliaceo. Il dolore, era vivissimo nell'ipogastrio e nell'ipocondrio destro. Iscuria. Polso a 120, piccolo e contratto; respirazioni 28, affannose; temperatura 37, 6. C. — Furono prescritti 6 grammi di olio essenziale di trementina rettificato, con altrettanto di spirito d'etere, 12 gocce ogni mezz'ora, nel decotto d'orzo, e la limonea vegetale per bevanda. — Fu tralasciato il latte, che era stato usato fin'allora come antitodo, perchè secondo Mialhe, pei grassi che contiene, favorisce il riassorbimento del fosforo. Circa 7 ore dopo, la paziente non aveva da un'ora avuti più accessi convulsivi, era più tranquilla, la cute si era fatta calda, i dolori erano diminuiti. Seguitava però il dolore di capo, la respirazione difficile e l'iscuria. Puls. 84. L'itterizia non si era presentata; fu continuato lo stesso trattamento. Nel giorno appresso la congiuntiva del bulbo aveva un intenso colore itterico, eravi intolleranza alla luce, le pupille immutate, nessun esantema continuano i dolori al ventre; sudore profuso. L'orina molto acida, non conteneva albume, era del pes. spec. di 1008, odorava di olio di trementina e non mostrava la proporzione dei fosfati molto al di sopra del normale. Nel giorno appresso l'inferma già stava molto meglio e dopo altri due giorni erano spariti tutti i sintomi di avvelenamento. Koehler nota, come in questo caso non si verificasse in seguito alcuna esacerbazione, come era avvenuto in un caso descritto dal Prof. Concato. 14 giorni dopo l'avvelenamento la paziente era completamente guarita. — Il Dott. Borgien ha pubblicato la storia di due casi di *eresipela traumatica* guariti con l'uso dell'olio essenziale di trementina secondo il metodo di Lücke. Uno di questi casi riguarda un bambino, e l'altro un uomo di 36 anni. In ambedue alle prime pennellature col farmaco nominato, seguì ben presto un impallidimento dell'eresipela, e seguitando nella medicatura, dentro poco più di due giorni, svanì ogni traccia della malattia.

42. L'**acido carbolico** è stato sperimentato per uso interno dal Prof. Hebra in numerosi casi di *prurigine*, e ne conclude: 1) Che il tratto intestinale e l'organismo sopportano dosi relativamente grandi del rimedio: 2) Che esso calma spesso con molta prestezza la sensazione di prudore: 3) Che mediante esso, si arrestano anche l'eruzione della prurigine e gli effetti della scabbia, o che almeno rispetto alla prima se ne forma di nuovo in molto minore quantità. — Jeslier ha adoperato lo stesso rimedio, per iniezioni sottocutanee contro le *febbri intermittenti* in 42 casi, di cui ne sono guariti 27. Egli si è servito di una soluzione di 0, 25 di acido carbolico cristallizzato in 120 di acqua distillata, e ne ha iniettato 1, 0 ad 1, 5 per dose, cioè da uno a due sifoni di Pravaz. — Sull'uso esterno dell'acido carbolico ha pronunciato un interessante discorso il Prof. Bardeleben di Berlino. Egli ha fatto rilevare i grandi vantaggi che può apportare alla chirurgia l'uso del metodo di Lister, non ha taciuto degli inconvenienti che possono derivarne, ed infine ha narrato come egli siasi servito in meglio che 30 casi del *solfo-carbolato di zinco* proposto da Wood, e che noi accennammo nella passata rivista (N. 43), sempre con utilità, e senza aver mai avuto a lamentare alcun inconveniente. Due casi di gonorrea rapi-

Digitized by Google

damente guariti con le iniezioni di solfocarbolato di zinco, starebbero pure a confermare le idee espresse in proposito dal Wood. — La virtù che ha l'acido carbolico di modificare prontamente le piaghe suppuranti e la superficie delle cavità degli ascessi, fu costatata luminosamente da noi nel caso seguente: in un convalescente di malattia tifica si formò un'escara cancrenosa in corrispondenza del trocantere destro; nel distacco dell'escara uscì una grande quantità di pus, e si trovò che il tessuto connettivo sottocutaneo della coscia era pressochè tutto necrotizzato per un'estensione che appena si poteva misurare con una sciringa ordinaria: i muscoli si vedevano come preperati, e ricoperti solo dai tegumenti sani, che venivano così a formare una grande borsa; e la vita dell'infermo già estenuata per la malattia sofferta, si trovava ora in estremo pericolo per la copia della suppurazione e per la vastità della superficie suppurante. Il Prof. Leonida Berti prescrisse, che s'iniettasse più volte al giorno nella piaga una soluzione di acido carbolico nell'infuso di camomilla. Subito scemò la formazione del pus; presto si riprodusse il tessuto connettivo che riunì di nuovo i tegumenti ai muscoli, e dentro pochi giorni, non rimase altro che una piccola piaga, nel punto da dove si era distaccata l'escara. In questo caso non si ebbero a lamentare alcuni dei danni derivanti dall'assorbimento dell'acido carbolico, e dalla sua eliminazione per la via dei reni.

43. L'**acido timico,** che già da qualche tempo Bouilhon e Paquet avevano proposto come succedaneo all'acido carbolico, è stato ora sperimentato in questo senso su larga scala dal Dott. Giraldés. Da questi esperimenti risulta, che l'acido timico oltre all'essere eguale, sembra anzi superiore all'acido fenico. La soluzione adoprata da Giraldés per la medicatura delle piaghe, è composta da 2 a 4 grammi di acido timico in 100 di alcool e 900 di acqua. È a notarsi, che non devonsi adoperare soluzioni concentrate, perchè l'acido timico è molto caustico, ed in modo da potere anche rimpiazzare l'acido nitrico ed il nitrato d'argento. L'acido timico a differenza del carbolico, ha un odore molto aggradevole.

44. **Permanganato di potassa.** — Charnet in un caso di *cancrena polmonare* ha ottenuto uno splendido risultato con l'uso di questo rimedio. Egli ne disciolse 5 centigr. in 30 grammi di acqua, e di questa soluzione ne ha somministrato un grammo in 125 grammi di veicolo: la cura con tale rimedio fu prolungata una decina di giorni. Deve avvertirsi di rinnovare ogni giorno la soluzione del permanganato, perchè è facilmente decomponibile.

45. **Polveri di Mercier** contro la *difterite.* Mercier di Neufchatel ha proposto un nuovo metodo di cura per la difterite; che egli dice di aver posto in uso in 70 casi, senza che nessuno di essi avesse un esito letale. Egli prescrive 0, 25 di solfo, 0, 2 di clorato di potassa, e 0, 1 di carbone polverizzato: questa polvere viene amministrata divisa in due parti, di cui una contiene il solo clorato di potassa, e l'altra il solfo e il carbone, in vista delle sue proprietà esplosive. Una tal dose deve esser data internamente 3-5 volte al giorno, e deve essere anche insufflata sul faringe dopo averne distaccate le membrane difteriche con una spugna secca. Interessanti sono però le osservazioni che fa il Waldenburg su tale metodo di cura, e che qui brevemente riassumo. — I tre rimedi sono già stati usati frequentemente contro la difterite, ed anche le insufflazioni di solfo furono raccomandate da più parti (Barbosa, Ullersperger). Qui non v'ha di nuovo che l'unione dei tre medicamenti, la quale Mercier ritiene per necessaria. Questo processo è certamente degno di essere sperimentato dai pratici: Se però esso possa arrecare migliori risultati degli altri metodi, devesi per lo meno aspettare a decidere. La critica può sollevargli contro parecchie obbiezioni: anzi tutto nei casi di Mercier non si tratta a quanto sembra di una difterite idiopatica ed epidemica, ma invece di una difterite scarlattinosa, il che già stabilisce una essenziale differenza. Dei 70 casi, 20 furono leggieri, 20 alquanto più gravi e 30 gravi: come gravi? non lo si è detto. Un'affezione del laringe, che suole contrassegnare le difteriti gravi, pare che mai si sia riscontrata. Inoltre non si dice se l'epidemia scarlattinosa fu in genere maligna, e quanti malati morirono cogli altri metodi di cura. — Si vede da ciò, che i felici risultati del nuovo trattamento non sono fondati su prove abbastanza certe: peraltro Mercier è tanto convinto della sua validità, che fece appositamente un viaggio a Londra per provare il suo metodo nella epidemia difterica che dominava colà. A quanto pare fu accolto piuttosto bruscamente dai medici inglesi, e di ciò se ne lagna amaramente. Tanto più sarà dunque utile di render noto questo metodo, e di dare così occasione a sperimentarlo.

46. L'**acido cromico** viene proposto dal Dott. David Wooster nel trattamento della *menorragia,* e della *leucorrea* uterina. In un caso di menorragia ostinata, contro cui erano riesciti inutili tutti i rimedi, non escluse le iniezioni di percloruro di ferro, egli iniettò nella cavità dell'utero, la cui bocca era già abbastanza aperta, 2 grammi di acido cromico sciolti in 4 grammi di acqua calda: l'emorragia cessò immantinente. Anche in altri casi lo stesso rimedio ha medesimamente corrisposto. La leucorrea uterina pure può esser vinta con lo stesso medicamento, e Wooster usa iniettare in tal caso 1 grammo di acido cromico sciolto in 4 grammi di acqua calda, previa la dilatazione della bocca dell'utero con la spugna. Una sola iniezione è per lo più sufficiente, quando non è essenzialmente alterato lo stato generale. Deve avvertirsi, che l'iniezione non deve esser mai ripetuta prima di 4-5 giorni, e che se il collo dell'utero non è stato bene dilatato, o se la malata non sta in letto più di 24 ore dopo l'iniezione, possono subentrare sintomi allarmanti di collapsus: in tal caso però, lo spirito di lavanda, l'ammoniaca, il rhum ecc. presi interamente presteranno un rapido e valente aiuto.

47. **Pasta caustica di Canquoin.** — Mayet ha modificato utilmente nel modo seguente la pasta di Canquoin, affine di renderla più solida e non deliquescente: egli mescola una parte di ossido di zinco con 7 parti di farina secca, e quindi vi aggiunge 8 parti di cloruro di zinco sciolto a freddo in una parte di acqua: unisce bene il tutto in un mortaio ed in 10 minuti ottiene la pasta. Questa composizione oltre al possedere i vantaggi accennati, secondo le esperienze di Boinet e Amussat possiede la stessa azione caustica dell'antica pasta di Canquoin.

48. I **vescicanti,** il ferro rovente ed in genere i forti irritanti della cute, sono i soli rimedi, secondo gli ultimi

Digitized by Google

studi del Prof. Podratzki, che valgono a guarire radicalmente le *nevralgie* nel distretto del trigemino. I narcotici e specialmente la morfina, ne sono i migliori rimedi palliativi. — I vescicatori applicati sopra il tragitto dell'arteria femorale, e nell'istesso tempo le pennellature sullo scroto con una forte soluzione di nitrato d'argento (1: 4) costituiscono secondo Jourdan un eccellente metodo di cura contro l'*orchite* acuta. La guarigione può ottenersi in 24 ore.

1 Maggio 1870.

Bamberger. — *Contribuzione alla casuistica dell' atrofia muscolare progressiva.* — Wien. med. Presse N. 27. 28, 1869.

I lavori di Duchenne e Aran, fecero già rivolgere l'attenzione alla atrofia muscolare progressiva, e da quell'epoca, il numero delle osservazioni fatte divenne non indifferente. Con tutto ciò manchiamo ancora di un buon numero di esatte osservazioni anatomiche, specialmente in rapporto alla questione molto discussa, sulla relazione fra la malattia dei muscoli e dei nervi come pure sopra la compartecipazione de' centri nervosi e specialmente del midollo spinale.

I due casi seguenti, presentatisi nella mia clinica, che furono esaminati nella direzione predetta da uno de' più distinti investigatori, mi sembrano per ciò non indegni d'essere pubblicati, anche fatta astrazione dal loro interesse clinico.

1) K. H. giornaliero, d'anni 56, fu accolto il 12 Maggio 1868. Il paziente non ebbe mai malattie gravi, e non sa dire nulla di preciso sull'origine della sua infermità. Occupato come giornaliero specialmente nella cultura delle viti, certamente non gli fecero difetto nè il lavoro faticoso, nè le opportunità ai raffreddamenti ed alle bagnature. Egli limita il principio della sua infermità al Dicembre 1867; dice che dapprima risentì senso di grande debolezza nell'arto superiore destro a modo, da provare nel medesimo una straordinaria stanchezza anche dopo piccoli lavori: dopo alcun tempo presentossi dimagramento della spalla e flacidezza notevole de' muscoli corrispondenti. Questo stato per qualche tempo rimase limitato ad un solo arto, finchè verso la fine del Febbraio 1868 si propagò eziandio alle due estremità inferiori, ove pure cominciò con lieve stanchezza, senza vero senso di dolore. L'affezione rapidamente progredì avanti e tutti i muscoli, segnatamente delle gambe e delle coscie, erano così flosci e dimagriti, che l'infermo non fu più in istato di attendere al proprio lavoro.

All'atto dell'ammissione l'ammalato mostrossi di statura alta e collo scheletro straordinariamente robusto: alcuni gruppi muscolari, molto sviluppati e robusti, contrastavano vivamente con altri, i quali aderivano come cordoni flacidi ai loro punti d'attacco. Il colorito della faccia sano; leggero grado di ptosi nella palpebra superiore destra. Funzioni cerebrali, organi dei sensi, muscoli della faccia normali. Torace benissimo conformato, tipo di respirazione misto, prevalentemente costale; rapporti del tutto normali, all'esame degli organi del respiro e della circolazione, solo il 1.° tono nella valvola mitrale non è decisamente limitato ma più diffuso. Le pareti addominali flacide, il tessuto adiposo scarso, I muscoli retti flacidi e poco sviluppati, del resto lo stato degli organi addominali normale; appetito buono, qualche tendenza alla costipazione alvina.

La temperatura cutanea di quando in quando apparentemente un po' diminuita.

La spalla destra è completamente dimagrita, il deltoide scomparso quasi del tutto, i flessori, nell'omero, più atrofici degli estensori, dappertutto le ossa fanno risalti distinti, specialmente nella scapola, l'eminenza del pollice scomparsa del tutto e profondamente incavati gli spazi fra le ossa del metacarpo. I processi spinosi delle vertebre superiori sono spiccatamente prominenti e sono molto flosci anche i muscoli del dorso. Quelli dell'arto superiore sinistro sono tutti conservati. Le estremità inferiori dimagrite in modo straordinario; in nessun luogo si rilevano i contorni distinti d'un ventre muscolare ed ivi pure prevale l'affezione ne' flessori.

Riguardo al movimento muscolare, nelle estremità inferiori si rileva soltanto una notevole debolezza, tuttavia l'infermo è ancora in istato di camminare, di stare in piedi e di eseguire tutti i movimenti volontari.

Molto più limitati sono i movimenti dell'arto superiore destro, il quale può essere alzato a stento e solo coll'aiuto del sinistro. Anche i movimenti delle dita, la flessione, l'opposizione, l'abduzione del pollice si effettuano solo incompletamente e con pochissima energia.

Nei muscoli atrofici, dappertutto, o spontaneamente o per leggero stimolo esterno, per un soffio, pel passarvi sopra colle dita ecc. si rimarcano convellimenti fibrillari assai spiccati.

Il modo di diportarsi verso la corrente elettrica fu il seguente: quanto più atrofici i muscoli, fu d'uopo d'una corrente tanto più forte per eccitare la contrazione; in alcuni luoghi, come nella spalla, non succedeva veruna reazione nè all'applicazione della corrente costante, nè a quella interrotta. Anche nel braccio sinistro, relativamente sano, l'eccitabilità elettro-muscolare era decisamente diminuita. All'incontro la sensibilità cutanea e muscolare era dappertutto conservata.

L'infermo fu sottoposto ad un trattamento metodico, dapprima colla corrente indotta, poscia colla continua, senza verun vantaggio: anzi il processo fece ulteriori progressi anche sui muscoli fin'allora risparmiati.

Sul principio di Giugno si mostrarono dei disordini nel deglutire, i quali, tosto crebbero a modo che non poteva più ingoiare gli alimenti solidi e l'infermo era condannato a cibarsi di soli liquidi.

Allora cominciarono ad essere offesi anche i muscoli respiratori: si presentò una dispnea considerevole (30 respirazioni molto superficiali al minuto), leggera cianosi delle labbra, espressione di angustia nel viso, sudore copioso. I fenomeni di una bronchite sopraggiunta aumentarono di più la dispnea. Si svilupparono de' decubiti al sacro ed ai trocanteri, la loquela divenne balbuziente ed inintelligibile. Di quando in quando perdita involontaria dell'urina e delle feci.

Coll'aumento del catarro bronchiale svilupparonsi fenomeni di edema polmonare, cui l'infermo soggiacque all'8

Digitized by Google

di Luglio, dopo parossismi della più spaventosa dispnea, però fino all'agonia il sensorio rimase sempre libero.

La durata intera della malattia non arrivò agli 8 mesi interi.

Estratto tolto dal protocollo delle sezioni del Professore v. Recklinghausen.

Colonna vertebrale. — Nulla d'abnorme nelle vertebre. Nessuna iniezione speciale del plesso venoso situato nel lato posteriore della dura madre. Questa è saldata colla pia nella parte cervicale. Le vene della pia meninge molto sviluppate nel lato posteriore, serpentine, e piene di sangue. I nervi cervicali, dopo subito la sortita dalla dura madre, non lasciano scorgere nulla di notevovole.

La dura madre, specialmente nella porzione cervicale, qua e là aderisce più fermamente del solito ai corpi delle vertebre.

Il midollo spinale offre consistenza buona in tutta la sua estensione. Le radici posteriori hanno un aspetto affatto normale; all'incontro le anteriori della porzione cervicale sembrano assai atrofiche, molto trasparenti e grigie, specialmente dove sortono dal midollo spinale: esse costituiscono soltanto dei fili sottilissimi, i quali sono in spiccato contrapposto colle radici posteriori, fortemente sviluppate e di colore affatto bianco. Quivi si stendono su di esse delle ramificazioni vascolari fortemente iniettate. In seguito di ciò una parte delle radici anteriori ha acquistato un colorito affatto rosso; nel rimanente trovansi sempre tronchi vascolari della grossezza dei fasci nervosi, e perciò gli isolati si possono facilmente vedere. Nella porzione toracica del midollo spinale, vicino ai fasci grigi e trasparenti delle radici anteriori, si osservano dei fascetti nervosi del tutto bianchi. Parimenti nella coda equina si veggono ancora alcuni nervi isolati, grigi; tuttavia nella porzione dorsale e lombare non è così decisamente espressa la differenza fra le radici anteriori e posteriori, come nelle porzioni supreme. L'affezione appare in genere più forte a sinistra, che a destra.

Nel midollo cervicale forte pigmentazione. La sezione trasversale ivi mostra estensione e coloramento normale delle diverse sostanze. Nei cordoni posteriori la sostanza leggermente infossata, senza alterazione riconoscibile nella trasparenza e colorito. Notevole pallidezza dappertutto. Nella parte media del midollo spinale uguale risultato. Qua e là fa l'impressione come se la sostanza dei cordoni posteriori fosse appena più trasparente di quella dei cordoni anteriori.

Cranio di mediocre grandezza e lunghezza, gli strati ossei esterni iniettati alquanto fortemente. La dura madre molto inspessita, saldata fermamente all'osso. Tutto il cranio spesso, con molta diploe e assai pesante: internamente località fortemente arrossate e così nella faccia esterna della dura madre. Nei lati esterni degli ottici si osservano alcuni punti gelatinosi: parimenti gli oculomotori si mostrano alquanto gelatinosi e trasparenti.

Il facciale, specialmente a destra, sottile e atrofico, all'opposto dell'acustico, e manifestamente assai trasparente. Nel glosso-faringeo e nel vago avvi soltanto il medesimo aspetto di trasparenza. Il ponte protubera discretamente, anche il midollo allungato è voluminoso: quivi la pia meninge è ricca di pigmento in modo straordinario. Quella della convessità è ricca di sangue, discretamente grossa, distaccabile con facilità. I ventricoli laterali d'ampiezza mediocre; alcune aderenze del tetto col fondo. Il velo coroideo assai iniettato. L'ependima alquanto inspessito in tutta la sua estensione e particolarmente nel 4.° ventricolo. Le strie acustiche molto sviluppate. Negli emisferi cerebrali molta sostanza bianca, umida. In un luogo un piccolo nodo consistente, formato di sostanza bianca, con un tronco vascolare centrale. Gangli centrali normali.

Torace. — Ambi i pulmoni liberi; piccola quantità di liquido nei sacchi pleurali. I pulmoni posteriormente iperemici e edematosi alquanto. Discreta bronchite capillare, eziandio con alquanto di atelectasia alla base; le parti anteriori discretamente tumide, il tessuto pigmentato. Sangue bene costituito, però alquanto scarso.

Il diaframma straordinariamente flacido, trasparente, sottile; la parte muscolare non convessa e di colorito assai pallido.

Addome. — Leggero inspessimento e colorito grigio-lavagna della mucosa gastrica. Fegato, milza, reni senza alterazione.

Muscolatura. — Corpo alquanto magro, il tessuto adiposo sotto-cutaneo però esiste in mediocre abbondanza. I muscoli toracici flacidi, pallidi, anche gli sterno-cleido-mastoidei avvizziti, flacidi e pallidi: egualmente i muscoli addominali; tuttavia in nessun luogo è dato di rimarcare dell'intorbidamento.

I muscoli psoas magri, gli iliaci nella porzione superiore parimenti sottili, la sostanza flacida e avvizzita. I muscoli dell'eminenza del pollice, il deltoide, il bicipite e così i supinatori, pallidi, sottili, però come gli altri senza deposizione di adipe. Nulla di speciale nel nervo radiale.

Esame microscopico. — Nelle radici anteriori dei nervi si trovano, in numero prepoderante, i fasci nervosi assai assottigliati, contenenti molta mielina granulosa, come anche fasci, che all'apparenza presentano guaine nervose completamente vuote; tuttavia anche nelle radici nervose, che sono ridotte a fili sottilissimi, si mostrano pur sempre fasci della grossezza ordinaria contenenti ancora midollo.

Le sezioni del midollo spinale, fatte tanto di fresco che dopo l'indurimento, non lasciano vedere alcun che d'abnorme: devesi per altro rimarcare che l'indurimento non riescì del tutto bene.

I muscoli alterati e più quelli della eminenza del pollice contengono moltissimi fasci, il cui diametro raggiunge soltanto $1/10$-$1/6$ della media normale, nulladimeno però la striatura trasversale si vede tuttora distintamente; pur sempre avvi deposizione di piccole goccioline di adipe nei gradi alti di assottigliamento, però soltanto in piccola estensione. I fasci muscolari atrofici non offrono uno splendore spiccato; un aumento od alterazione dei loro nuclei, aumento o vegetazione cellulare mancano completamente. Queste alterazioni sono ben poco sviluppate nel diaframma, nel deltoide, nel psoas ed iliaco, e quivi si può realmente constatare soltanto una sottigliezza particolare dei fasci.

2) N. N. giornaliero d'anni 53, per l'addietro sempre sano e noto nei paesi limitrofi per forza muscolare straordinaria, ebbe per un anno a sostenere gravi fatiche corporee come garzone di campagna. La malattia cominciò circa tre anni fa, senza causa determinata, con insolita stanchezza

Digitized by Google

dietro lavori, i quali prima non gli riuscivano molto gravi, con dolori stiranti e senso di ottusità alle spalle. Questi sintomi aumentarono sempre, mentre continuò ciò non ostante nelle proprie occupazioni fino poco prima del suo ingresso nello spedale. Bentosto gli accadde che alcuni movimenti, come il sollevare le braccia e l'incrociarle sopra e di dietro al capo, poteva eseguirli solo incompletamente ed a scosse e s' aggiunse una spiccata deformità delle spalle. Sulle prime l'alterazione era prevalente nel lato destro. Ben tosto la coscia sinistra, in seguito anche la destra, divennero più magre e deboli; il passo vacillante. In seguito presentossi senso di debolezza alla nuca e nel collo: teneva il capo piegato in avanti e verso il lato sinistro. Dal principio della malattia, specialmente dopo energica attività muscolare, egli aveva rimarcato dei leggeri convellimenti nei muscoli affetti. Lo stato generale fu sempre normale, l'appetito buono; solo in questi ultimi tempi la voce era alquanto depressa. Il medico che aveva avuto in cura il paziente, potè sapere, che, quattro anni prima, arando sotto forte calore d'estate, aveva sofferto d'una specie di attacco epiletico, e dopo qualche tempo di forti vertigini, le quali però non lasciarono veruna traccia di paralisi.

Ammissione ai 18 Gennaio 1869. Il paziente ha statura poco oltre la media con muscolatura veramente atletica; cute compatta, tessuto sotto-cutaneo adiposo discreto. Cranio grande, l'aspetto tranquillo, movimenti mimici poco espressivi, colorito della faccia sano, il capo piegato alquanto all'avanti ed a sinistra.

La maggior parte dei muscoli della spalla e del braccio si trovano in istato d'atrofia più o meno espressa, e più specialmente i cucullari (specialmente il destro) il deltoide, il sopra- e l'infraspinato, il serrato anteriore maggiore, il tricipite, il bicipite. — All' incontro i muscoli dell'avambraccio, come pure quelli della mano non offrono alterazione speciale. In seguito dell'atrofia della maggior parte dei muscoli della scapola, ad eccezione degli elevatori, che sono molto sviluppati, la disposizione della regione della scapula è tutta speciale, la convessità della scapula è appianata, l'acromion fortemente prominente, la scapola abbassata, rotata allo esterno, l'angolo inferiore situato in avanti ed allo esterno; il superiore interno al contrario, per tratto del levatore prominente. L'elevamento del braccio si compie a scosse, e con difficoltà oltre la linea orizzontale, con che allo stesso tempo sporgono a modo di ale.

I contorni dei muscoli lunghi del dorso sporgono fortemente, tuttavia quelli del lato destro sono poco elastici e resistenti. I muscoli addominali non sono sviluppati nella proporzione degli altri, a modo che bisogna conchiudere per un'atrofia parziale dei medesimi. Malgrado la diminuzione di funzione dei suoi muscoli, la circonferenza della coscia è sempre assai considerevole, il quadricipite del femore sinistro però è più debole e sotto la tensione meno resistente del destro. Gli altri muscoli della coscia e della gamba, come anche i glutei non sembrano avere sofferto e funzionano con forza. Ambedue i pollici hanno l'ultima falange doppia, congiunta da uno stretto ponte di cute e posseggono un'unghia comune presentante però nel mezzo una intaccatura. Negli alluci esisteva la stessa produzione doppia, che però fu tolta, con atto operativo, nella sua giovinezza. (L'infermo non sa se si fossero osservate simili anomalie nella sua famiglia).

La funzione delle estremità inferiori non mostra alcun impedimento nell'azione dei singoli gruppi muscolari, all'incontro i movimenti combinati si compiono con incertezza, a sbalzi ed a scosse. Anche il passo è poco sicuro e stanca subito l'infermo.

In tutti i muscoli atrofici si mostrano spessissimo dei convellimenti fibrillari.

Il senso del tatto non pare in verun modo pregiudicato.

Organi del petto e dell'addome normali. L'appetito buono. Evacuazioni alvine normali. Funzioni sessuali, a quanto asserisce, molto danneggiate. Urina d'aspetto normale. L'esame elettrico diede i medesimi risultati come nel primo caso.

La cura consistette in bagni tiepidi, con stropicciamenti, massaggio, e frizioni con linimenti irritanti, poscia nell'uso dell'elettricità sotto ambedue le forme. La corrente indotta fu male tollerata, lamentandosi l'infermo di grande stanchezza, e lassezza nei muscoli elettrizzati e di più, in seguito, i convellimenti fibrillari si fecero molto più frequenti. La corrente costante soggettivamente fu più aggradevole all'infermo, tuttavia non si potè riconoscere da essa alcun effetto sostanziale, quantunque fosse usata per qualche tempo.

Sul finire di Febbraio l'infermo fu colpito da vaiolo che regnava epidemico nello spedale. Nel principio della desquammazione insorsero di nuovo fenomeni febbrili, i quali dopo alcuni giorni lasciarono riconoscere uno spiccato ileo-tifo, cui l'infermo soggiacque al 12 Marzo 1869.

Sezione praticata dal Prof. Recklinghausen.

Corpo robusto, estremità inferiori forti. Le spalle sporgono molto infuori. I muscoli del tronco di buon aspetto, bene sviluppati, e così i pettorali destro e sinistro. Il deltoide destro alquanto sottile, tuttavia senza potervi scorgere colorito abnorme. Il bicipite bene sviluppato, alquanto scolorito soltanto nella sua parte anteriore e contenente tratti muscolari scoloriti. I muscoli dell'avambraccio come quelli della palma della mano di buonissimo colorito e bene sviluppati. Tutto il cucullare destro, eccetto la porzione anteriore superiore è trasformato in tessuto rigato, che forma un sottilissimo foglio e che in molti luoghi ha un colorito solo rosso-pallido, qua e là giallognolo. Nelle parti posteriori inferiori il tessuto muscolare esiste tuttora con colorito rosso.

L'elevatore dell'angolo della scapola ha eziandio un aspetto robusto e buono, al contrario la parte posteriore del latissimo del dorso offre un colorito pallido. Tutti questi muscoli non offrono degenerazione adiposa. Anche l'infraspinale è alquanto pallido però robusto. Il serrato solo alquanto pallido; i flessori del capo, e quelli del collo e della laringe non offrono alcuna sostanziale alterazione. Moltissimo è alterato il sotto-scapolare destro; segnatamente nelle sue origini dalle ossa ha un aspetto assai striato; strie gialle formate da tessuto adiposo si alternano con strie rosso-pallide assai di tessuto muscolare atrofico, molto flacido. Nel lato sinistro un'alterazione uguale nel cucullare e nel sotto-scapulare, tuttavia in piccolo grado. Gli altri muscoli macroscopicamente non offrono nulla di speciale.

La colonna vertebrale alquanto curvata lateralmente, però

Digitized by Google

nessuna alterazione nei corpi delle vertebre. Nel sacco della dura madre poco liquido: nel lato posteriore, segnatamente nella parte cervicale, è congiunta colla pia per molteplici adesioni. I vasi della faccia interna della dura madre leggermente pieni. Nel lato posteriore del midollo spinale nella parte inferiore e nella toracica forte intorbidamento della pia. Tutto il midollo assai molle. Anche nel lato anteriore, un' adesione alquanto considerevole della dura madre colla pia. Le radici anteriori sono un po' meno sottili delle posteriori, alcune di esse alquanto trasparenti ed in esse si riscontrano vasi di mediocre grandezza. Spiccatissima è questa alterazione nella parte superiore del midollo spinale. Anche nella coda equina non tutti i fasci hanno colore bianco egualmente ed anche qui gli anteriori in ispecie; in essi scorrono vasi alquanto ampi. Al taglio si vede la sostanza grigia assai diffluente. Nella parte media del midollo dorsale, la parte centrale risalta in fuori dalla superficie del taglio come un materiale del tutto fluido, Tuttavia non si possono rilevare altre alterazioni distinte nè nella sostanza bianca nè nella grigia. In tutto il midollo il canale centrale ha un' ampiezza considerevole. La sostanza grigia ovunque ricca di liquido e perciò trasparente.

Cranio grande, regolare, con pochissima diploe; la dura madre inspessita. Nel seno longitudinale sangue fluido, scorrevole. Nelle fosse mediane e posteriori parecchie esostosi in parte già concresciute colla dura madre. Nella base un inspessimento assai forte e intorbidamento della pia: anche nella convessità questa è molto inspessita, assai soda; si separa però facilmente dalla superficie del cervello. Ambi i ventricoli laterali ampi, segnatamente le corna posteriori, che contengono molto liquido torbido. Le corna anteriori, ristrette, e nel lato destro la membrana è saldata colla superficie del corpo striato. L'ependima fortemente inspessito in tutta la sua estensione, con granulazioni isolate. Il quarto ventricolo parimenti ampio, l' ependima inspessito. In tutto il cervello la superficie del taglio moderatamente umida, povera di sangue, anemia specialmente della sostanza grigia, nel corpo striato e nel talamo ottimo.

Torace. — Cuore di media grandezza, carne del cuore assai flacida, sangue male coagulato. Nei due sacchi pleuritici alquanto liquido rossigno. Le parti inferiori del pulmone destro, vuote di sangue, offrono una bronco-pneumonite incipiente, la pleura corrispondente coperta ivi di uno strato fibrinoso leggero, il rimanente del pulmone ben permeabile all'aria. La parte inferiore del lobo superiore sinistro fortemente edematosa, nella parte inferiore infiltrazione del pari incipiente e dilatazione bronchiale.

Addome. — Milza ingrandita, flacida, tessuto rigonfio, di discreta consistenza, di colorito rosso-scuro. Le glandule mesenteriche ingrossate, d'aspetto alquanto midollare. La mucosa del digiuno discretamente gonfia. Dalla porzione media dell' ileo in giù, rigonfiamento delle placche del Peyer, aumentante verso il basso; quivi sul fondo delle ulcerazioni trovansi ancora croste necrotiche. La parte muscolosa del diaframma sottile, pallida: forte iniezione nel centro tendineo.

Esame microscopico. — Nei muscoli alterati, trovasi soltanto un impiccolimento dei fasci muscolari con abbondante sviluppo di vero tessuto adiposo fra i medesimi; solo nel luogo della più forte degenerazione, nel sotto-scapolare destro, anche gli stessi fasci muscolari contengono goccioline di adipe in numero discreto. I tronchi nervosi di questo muscolo hanno buona costituzione, in pochi soltanto s' incontrano fasci nervosi rattrappiti e colla cosiddetta degenerazione adiposa. Non si riscontra vegetazione nucleare nè ne' muscoli nè nei nervi. Non si trova alcun che di patologico neppure nella sostanza del midollo spinale, nelle radici e nel plesso cervicale.

Considerazioni epicritiche.

Tutti due i casi riferivansi a individui robustissimi con spiccato sviluppo muscolare: in nessun dei due potevasi addimostrare una causa determinata: tuttavia ben potevano avere influito in ambedue le grandi fatiche indicate ed i raffreddamenti.

Il primo caso è caratterizzato da un decorso straordinariamente rapido: la morte avvenne dopo 8 mesi, pel propagarsi dell'atrofia ai muscoli della respirazione. Nel 2.° caso all' opposto la lesione dopo 3 anni aveva fatto progressi relativamente piccoli e la morte avvenne per una malattia intercorrente.

In ambedue come substrato anatomico si mostra realmente una semplice atrofia - rimpiccolimento - dei fasci muscolari. Solo qua e là si offre una degenerazione adiposa degli stessi e sviluppo di tessuto adiposo fra i medesimi, manifestamente come condizione secondaria e subordinata.

Il midollo spinale offre in ambedue una costituzione inalterata in ogni sua parte.

Le radici anteriori dei nervi spinali nel 1.° caso, già molto avanzato, appaiono in istato di notevole atrofia, mentre nel 2.°, malgrado la spiccata degenerazione di alcuni muscoli, al microscopico si mostrano perfettamente intatte. All'incontro i nervi che vanno ai muscoli molto atrofici, offrono già fasci nervosi isolati atrofici e degenerati in adipe.

Da questi fatti sembra giustificata la conclusione che il processo originario sia riposto nella degenerazione dei fasci muscolari, e che le alterazioni dei nervi e specialmente delle radici anteriori siano di natura secondaria, probabilmente prodotte dalla prolungata incapacità funzionale dei muscoli. Ben puossi pensare ancora ad un progresso ulteriore sui cordoni anteriori del midollo spinale, probabile anzi in caso di lunga durata, quantunque nei nostri casi non si sia rinvenuto nulla di ciò.

L'opinione contraria, secondo la quale l'atrofia muscolare progressiva debbesi ritenere come una malattia spinale, prodotta da atrofia primaria o secondaria delle parti nervee del midollo, ultimamente venne di nuovo difesa da Benedikt in guisa molto ingegnosa. Senza misconoscere il peso delle sue ragioni, credo però che prima di ogni altra cosa meritino riguardo i rapporti da constatarsi istologicamente. Una lunga serie di esatte osservazioni di questa specie sarà necessaria per decidere definitivamente una tale quistione.

Digitized by Google

Gubler, Francis E. Anstie, Penfold e C. H. Schauenbourg. — *Sull'azione fisiologica, terapeutica e tossica dell' alcool.* — Schmidt's Iahrbücher N.° 7, 1868.

Gubler (Bull. de Thér. LXXIV. p. 49 Janv. 30 1868) si estende sull'*azione fisiologica dell' alcool,* coll'esposizione e con una critica spassionata delle teorie esposte dagli autori sul modo di azione dell'alcool e sugli sperimenti intrappresi a fondamento di queste. Avuto riguardo alle alterazioni prodotte dall'alcool sulla cute, o intatta o priva d'epitelio o ferita, Gubler riferisce soltanto le cose cognite universalmente e descrive con tutta precisione e chiarezza lo stato dei capillari dapprima contratti, poscia dilatati e tendenti alla stasi ed al trasudamento, come pure l'avvenimento d'un'escara, della *coagulazione del sangue* (quando l'alcool viene iniettato nelle vene) e via dicendo. Parimenti sono esposti con chiarezza i noti fenomeni, tanto dopo un uso moderato di alcool, quanto dopo quantità esuberanti. Secondo l'opinione di Gubler (contro quella di Buchheim) l'alcool si decompone nello stomaco, mentre il muco assume la parte d'un fermento, e si cangia in acido acetico, sotto la contemporanea azione del calore del corpo, e *viene tanto più presto assorbito dalle vene assorbenti dello stomaco e degli intestini, con quanto meno impeto agisce sulle mucose relative,* e quanto più piccola è la quantità delle materie contenute nello stomaco, che d'altronde vi si trovavano. Sebbene *avviluppato, nel sangue per così dire, dall' albumina,* da esso portata a coagulazione, tuttavia in tutti gli organi glandulari e negli altri ancora in contatto col sangue, risveglia le note *azioni eccitanti.* I fenomeni consecutivi di questo passaggio dell'alcool nel sangue, a seconda della intensità loro, vengono ristretti alle conosciute forme morbose dell'ebbrezza, della ubbriachezza, e dell'avvelenamento alcoolico acuto. Questa pittura dei gradi suddetti dell'alcoolismo acuto non è marcata da nuove o da vedute proprie di Gubler, eccetto che si voglia qui calcolare l'idea dell'autore, secondo la quale l'essenza del delirium tremens deve consistere in una mancanza del mezzo eccitante, d'altronde anomalo, divenuto già necessario all' organismo. Lo stesso dicasi della descrizione del reperto anatomico-patologico dietro un avvelenamento alcoolico acuto, con esito letale. Fa menzione quindi dei detti di Boudanowsky, secondo i quali la mielina (?) dei tubi nervosi, dietro l'alcoolismo, offre la medesima disposizione anormale, come nell' intossicamento per gas irrespirabile; viene a parlare del *coloramento in bleu, da lungo tempo impugnato da* Frerichs, della cresta dei polli, messi in istato di *ubbriachezza alcoolica,* e riporta alla diminuzione dell' ossigeno del sangue *l' abbassamento della temperatura del corpo* di 1-9, 5° (Dumenil) (?), osservato nell'alcoolismo, come anche la *diminuzione dell' acido carbonico esalato,* che sotto uguali condizioni continua per ore; inoltre il sopore e gli altri disordini nelle funzioni cerebrali, l' intorpidimento delle forze muscolari e via dicendo, Gubler si esprime con molta indecisione sulla genesi dell'asfissia nell' intossicamento alcoolico. Contro l'opinione di Bouchardat, che l'alcool sia un *mezzo di nutrizione e respiratorio* tanto rapidamente combustibile, e che abbia una affinità per l' ossigeno del sangue molto maggiore, che i corpuscoli del sangue (a' quali perciò viene sottratto l' ossigeno). Gubler adduce, che questa azione chimica energica delle combinazioni ternarie, come quella dell'alcool, è a priori inverosimile (?) ed è ancora confutata per ciò, che non tutto l'alcool viene combusto nel corpo, ma in parte viene di nuovo esalato, inalterato, dalla cute e dai pulmoni. Gubler crede parimenti, che Lallemand, Perrin e Duroy vadano troppo oltre, quando essi fondandosi sul fatto mentovato, e sulla scoperta dell' alcool nello siero dei ventricoli cerebrali (Wepfer) e nelle altre parti del corpo, negano qualunque ossidazione dell' alcool nell'organismo. Finchè non sia costatato il peso equivalente delle quantità di alcool rinvenute nelle cose ingerite, nelle indicate parti del corpo, nei liquidi, nelle secrezioni ecc. come anche nell'aria esalata, egli è dovere di considerare tale opinione come un'ipotesi gratuita, tanto più, che le osservazioni pubblicate da Baudot e H. Schulinus parlano al contrario. Gubler ammette tanto un'*ossidazione parziale dell' alcool,* quanto un passaggio del medesimo inalterato, che in parte si verifica nell' ingestione di dosi grandi e tossiche. Il fatto, che prendendone piccole dosi, si eleva la temperatura del corpo ed anche le forze, non trova per ciò opposizione nell'abbassarsi della temperatura, dimostrato di sopra obbiettivamente, e nella minore quantità dell' acido carbonico esalato durante il medesimo, poichè questa diminuzione del calore e dell' acido carbonico è temporaria e non dura mai più di due ore, ed anche perchè forse l' alcool passato nel sangue, durante questo tempo, possiede la capacità di legare sì intimamente l'acido carbonico, che per così dire ne resti velata la sua presenza (?) Non essendo mai in istato l' ossigene libero di scacciare l'acido carbonico, così questa ipotesi spiegherebbe tanto lo stato scuro del sangue, riferibile alla difettiva ossidazione dei corpuscoli come pure i *fenomeni di eccitazione, descritti in caso di accumulo di acido carbonico*, non che i sintomi dell'intossicamento alcoolico acuto, simulanti l'asfissia. Fatta astrazione da questo effetto dell' alcool, che esiste inalterato nel sangue, come si è detto, Gubler ammette eziandio una combustione parziale del medesimo, e considera come suoi prodotti gli idrati binari di carbonio, l'ossido di carbonio e l'idrogene, i quali come le unioni organiche propugnate da Duchek (aldeide, acido acetico ed ossalico) non furono trovate da nessun chimico nel sangue e nelle secrezioni degli avvelenati per alcool.

Gubler al pari degli altri, non sa dare alcun ragguaglio sull'azione, che l'alcool esercita sulle parti integranti dei *centri nervosi* o dei nervi, nè può stabilire nulla, sulle proposizioni emesse iu questo rapporto da Luidimar Hermann per l'etere, il cloroforme ecc. Per certo colla sua asserzione, che l' alcool imbeva i centri nervosi, e ciò possa fare senza ostacolo, poichè il liquido cerebro-spinale non contiene albume, non si guadagna nulla. Dagli organi centrali nervosi, come l'acqua assorbita da una spugna, l'alcool deve produrre eccitamento o stupore ed anzi secondo le teorie di Lallemand-Perrin deve agire come alcool e pel proprio contatto: secondo l'opinione degli antichi (della ossidibilità dell'alcool durante il suo fermarsi nell' organismo) all' incontro deve agire per iscambio dinamico o sostanziale (?) delle parti chimiche costituenti. Gubler crede che avvenga l' uno e l'altro, e, giacchè i bevitori, come è noto, pren-

Digitized by Google

dono meno alimento e tuttavia non iscapitano (?) nelle forze, sostenuti dalla surricordata diminuzione dell'acido carbonico esalato, egli si attiene all'opinione già seguita da Perrin, secondo la quale *le bevande alcooliche deprimono l'attività dell'ossidazione e per ciò inducono un bisogno minore di alimenti.* Quindi l'alcool preso con moderazione eccite-rebbe per un lato il sistema nervoso, per altra parte però, si opporrebbe allo stesso tempo ad uno smoderato consumo materiale e giuocherebbe una parte simile a quella del thè, del caffè, e della coca; introdotto nel corpo in eccesso, sarebbe in istato di produrre l'impoverimento del sangue in ossigene, torpore, anestesia, paralisi e fenomeni asfitici (non di rado letali).

Francis E. Anstie (Lancet I. 4 Ian. 1868) cerca di appoggiare *il vantaggio terapeutico dell'alcool nelle malattie febbrili* per ciò, che stando ai tentativi praticati da Duprè Schulinus e da lui stesso, egli *ritiene l'alcool per un mezzo di nutrizione.* Anstie rappresenta come false le asserzioni di Lallemand, Duroy, Perrin, contradditorie a questa opinione e pensa che la quantità di alcool rinvenuto nell'urina, dopo l'amministrazione di 45 gr. (negli animali da esperimento, tranquilli; via quasi esclusiva di eliminazione) non raggiunga *più di* 3 *centigrammi*, e venga anche in minor copia eliminato dal corpo attraverso la cute ed i pulmoni. La quantità, che manca, durante il suo tragitto per l'organismo animale, deve essere stata decomposta, rispettivamente ossidata. I prodotti che nascono da ciò, ci sono ancora sconosciuti nella loro chimica composizione, tuttavia saranno o presto o tardi messi in chiaro per le ricerche chimiche fisiologiche assiduamente a tale scopo dirette.

Secondo Anstie l'alcool giuoca la parte d'un mezzo nutritivo, consumato nello scambio materiale fino ad un minimo, soltanto in quei casi di malattia acuta febbrile, in cui il di lui uso apporta forza al corpo e compensa alla continua perdita del medesimo a modo che la forza, che di nuovo s'aggiunge, non si rende sensibile per un elevamento di temperatura. In questo caso, sotto l'uso a modo di esperimento di piccole dosi di questo rimedio, non avviene mai nè rossore della faccia, nè eccitamento e narcosi, e tanto la *mancanza di questi fenomeni* ed il non *presentarsi dell'alcool nell'urina e nella esalazione pulmonare* dimostrano, che questo medicamento conviene nel caso concreto di cui si parla. (Anstie confessa ancora, che dapprima dà (sempre?) l'alcool a modo di sperimento e regola sempre la dose da usarsi a seconda della natura della malattia e della individualità dell'infermo). Se adunque l'alcool appare indicato, in allora viene tollerato fino a 28 oncie di Brandy per giorno (Handfield Iones), non solo senza eccitare la narcosi, anzi producendo un miglioramento nello stato dell'infermo: la diminuzione della febbre, e la scomparsa di ogni altro sintoma rilevante. Per la qual cosa si è cercato di contestare il carattere dell'alcool, come mezzo di nutrizione, appartenente agli idrati di carbonio, perchè dietro l'uso di esso la *temperatura non si eleva*, come si deve verificare in caso di ossidazione d'un mezzo di nutrizione respiratoria nel senso di Liebig; ma piuttosto è costante, se pure non si abbassa d'alquanto. Anstie vede di potere opporre a questa obbiezione, che anche durante il passaggio nello scambio materiale di altre sostanze, da tutti riconosciute come mezzi di nutrizione, non avviene un elevamento della temperatura del corpo. Per conseguenza l'alcool, senza suscitare il calore, serve a *riparare la forza organica dei muscoli, dei centri nervosi e delle glandule secernenti, quando esista* febbre, ed in caso di consumo materiale abnormemente aumentato. Per altra parte, quando in simili casi non venne somministrato all'organismo un nutrimento facilmente assimilabile, *la metamorfosi retrograda della materia dovendo farsi a spese dei tessuti e delle parti organiche costituenti il corpo*, così risulta, che l'alcool somministrato sotto queste circostanze, necessariamente si oppone a quei processi, che conducono a poco a poco alla distruzione, e soddisfarà ad una *indicazione vitale*, in caso che si presenti il collapso. Inoltre Anstie crede con Barnes (Lancet 1867 II. p. 502) che l'alcool in certe *malattie riferibili ad un virus*, agisca vantaggiosamente colle sue proprietà antisettiche, impedienti la rapida ossidazione delle parti costituenti il sangue.

Mentre tuttavia nelle malattie febbrili, quando è conveniente l'uso dell'alcool, questo per massima parte viene combusto nel corpo, alla guisa degli altri mezzi nutritivi, e nelle secrezioni ecc. è rinvenibile soltanto in minime quantità e collo stesso si diminuiscono e si tolgono tanto la frequenza del polso, quanto gli altri fenomeni minacciosi, l'alcool preso oltre misura (nel qual caso non può convenire) nei sani e nei malati, produce effetti inebbrianti o narcotici. In allora non giuoca più la parte d'un mezzo nutritivo, siccome risulta da ciò, che preso tanto in grandi, che in piccole dosi (le minime, come si è detto vengono tollerate dai febbricitanti) viene eliminato, inalterato dall'organismo, in quantità considerevole, per mezzo della esalazione pulmonare e cutanea. La stessa quantità di alcool che è indispensabile ad un febbricitante (senza sviluppo di calore) come mezzo riparatore della nutrizione, sotto altre circostanze, per un uomo sano p. es. non abituato alle bevande alcooliche, diverebbe un veleno. (Presupposto ancora che le osservazioni di Lallemand, Duroy e Perrin siano affatto false e quelle di Anstie al contrario siano giuste in ogni punto, il relatore non può trovare la spiegazione dell'azione, apparentemente paradossa dell'alcool, nelle ragioni sviluppate da Anstie, come pure in quelle ribattute in breve, che cioè ora agisca come *mezzo di nutrizione*, ora ed anzi spesso a dosi ugualmente grandi od anche minori agisca come veleno).

Penfold e Schauenbourg descrissero degli intossicamenti per alcool.

S. e D. lavoratori in un cantiere marittimo nel 18 Aprile 1868 furono portati allo spedale *Poplar*, senza conoscenza, con respiro lento e rantoloso, con faccia cianotica, pupille ampie, non reagenti alla luce, polso tardo ed esalazione pulmonare fortemente olezzante di rhum. Avevano spillata una botte di rhum, e con un quartuccio avevano ingoiato in fretta grandi quantità di questa bevanda e poscia avevano vomitato. Ad ambedue fu introdotta, colla sonda, dell'acqua nello stomaco ed in questo modo il contenuto del ventricolo venne cacciato fuori. Nel D. il liquido alcoolico non era più riscontrabile nel vomito; bensì nel S., il di cui stomaco conteneva delle masse dense, bruno-giallastre, molto

Digitized by Google

fetenti di alcool e rhum, composte di zucchero, di carne e patate. In oltre per 4 ore fu eseguita la respirazione artificiale; non che usata l'elettricità, l'ammoniaca ed altri rimedi eccitanti. Lo S. morì durante questi tentativi di cura; D. al contrario, che respirava più profondamente ed offriva un colorito della cute meno abnorme, si riebbe; fu posto nel letto e gli si applicarono ai piedi delle bottiglie calde. Dormì senza interruzione sino al mattino appresso; si svegliò e lamentavasi di sete orribile. Gli si lasciò bere dell'acqua a volontà (!) e fu ordinata una mistura di solfato di magnesia e bicarbonato di potassa. La sete si mantenne fino alla sera. Poscia sonno tranquillo (dopo l'amministrazione di goccie 20 di tintura di oppio), che continuò fino al mattino seguente. Nel 3.° giorno dalla di lui ammissione, D. abbandonò lo spedale.

La sezione del S. praticata 36 ore dopo la morte, offrì un'iperemia notevole del cervello, dei pulmoni, dei reni, del fegato: il cuore dilatato e ingrandito, conteneva nel ventricolo sinistro sangue nero, fluido; la mucosa dello stomaco dilatato, qua e là offriva macchie di color rosso vivo (stravasi?). Nella vena cava distante 2″ dal suo passaggio pel diaframma, trovossi un coagulo voluminoso di color nero. L'urina, di reazione acida e p. sp. 1,018, conteneva albume.

Nel caso comunicato da Schauenburg. (Vihrtjhschr. f. Psychiatr. 2, p. 21, 1867), che ebbe un corso letale, l'intossicamento avvenne dietro piccole dosi di bevande alcooliche.

F. C. d'anni 10 bevette in un piccolo spaccio 3-5 bicchierini d'acquavite (circa sei oncie) e poscia cadde privo di conoscenza. Da questa caduta riportò una percossa al lato sinistro dell'occipite; tuttavia si rialzò, ma cadde di nuovo sul vestibolo della sua casa. — Trovandosi chiusa l'abitazione paterna, dai pigionanti fu adagiato nel granaio ove restò fino alle 5 della sera, senza verun aiuto del medico o di altra persona. Essendo la giornata freddo-umida (30 Marzo) il ragazzo, freddo al tatto, senza conoscenza, col respiro rantoloso e che non inghiottiva nè latte nè altro, fu svestito dalla madre e messo in letto in una camera calda. Il medico non fu chiamato e l'infermo morì fra le ore 2 e 3 della notte, senza avere vomitato e senza avere ricuperata la coscienza.

Alla sezione praticata 4 giorni e mezzo dopo l'intossicamento, nel limite del parietale e dell'occipitale si trovò una suggellazione sanguigna della grandezza di un pezzo da 5 soldi: ripienezza enorme dei seni e delle vene meningee con sangue rosso ciliegia-scuro: numerosi punti sanguigni nel cervello, molle al tatto: iperemia del cervelletto (ipostasi?): cuore piccolo, vuoto di sangue, flacido e pallido: i grandi vasi vuoti: inzuppamento nella parte posteriore d'ambidue i pulmoni: iperemia della milza e nei reni: nulla d'abnorme nello stomaco e nel tubo intestinale.

Nulla ricavossi dall'esame chimico-forense: all'incontro nell'acquavite bevuta dal ragazzo si riscontrò una quantità notevole di *olio di acquavite* (Fuselöl) che Schauenbourg ritenne quale causa della morte.

Oppolzer. — *Sul trattamento del reumatismo acuto.* (Blätter für Heilwissenschaft N. 3, 1870).

Dalle lezioni chimiche del celebre professore, la Wiener med. Wochenschr. nei N. 80-81, desume le cose seguenti: Nel trattamento del reumatismo articolare sono da considerarsi come punti importantissimi: 1) *la violenza della febbre;* 2) *l'infiammazione delle articolazioni, e se molte o poche ne sono state attaccate;* 3) *se il reumatismo è fisso ovvero vagante;* finalmente 4) *le complicazioni: pleurite, pneumonite, pericardite, endocardite,* « affezioni cerebrali ». Come in tutte le malattie acute, anche nel reumatismo articolare, la *febbre* è il sintoma più importante, poichè dal grado della violenza ed altezza della febbre, dipende la prognosi più o meno favorevole. Quanto è più notevole la febbre, tanto è più grave la malattia; col lasciare della febbre diminuisce anche il pericolo, benchè le articolazioni siano ancora dolenti; se però la febbre persiste anche dopo scomparsa l'affezione articolare, non potrà dirsi affatto che sia rimosso il pericolo, poichè può sempre aspettarsi una nuova comparsa della affezione articolare. Anzi tutto perchè avvenga una diminuzione nella febbre, è necessario un assoluto riposo ed una posizione conveniente, una temperatura moderata, eguale e non alta, e un adattato contegno dietetico. Il malato non deve mangiare alcuna cosa eccettuata la zuppa. Contro la sete, per lo più smodata, si amministreranno, bevande subacide, limonata, e succo di frutta acidette. Quando la temperatura è molto elevata si faranno abluzioni fredde, e si apporranno sul capo pezzuole bagnate nell'acqua fredda, con che talora può anche ottenersi un abbassamento del polso. Contro la febbre, quando essa ha un carattere stenico, e quando la costituzione del malato è robusta, potrà eseguirsi un *salasso*, ma non già *coup sur coup* come vuole Bouillaud. Quest'autore fa per alcuni giorni mattina e sera un salasso, ed asserisce di avere con ciò ottenuti favorevoli risultati. Con tale trattamento i dolori potranno alleviarsi, svanirà il rossore della cute, ma però i malati diverranno anemici. Quand'anche il Prof. Oppolzer non possa dare il suo assenso a questa terapia, e benchè i dati statistici non dicano affatto che sotto di essa viene abbreviata la malattia, ma sì piuttosto che ne viene ritardata la convalescenza, pure in parecchi casi si è costretti a ricorrere all'incisione della vena, e specialmente in quelli, in cui insieme a pletora si hanno forti congestioni verso il capo, ed in cui è iniettata la congiuntiva, dilatate le carotidi, intumidite le iugulari, e temibile un colpo apoplettico; specialmente però quando pneumoniti, pleuriti, pericarditi ed endocarditi, si accompagnano con sintomi di stasi, turgore delle vene iugulari, cianosi, oppressione ecc. Anche il *chinino* in grandi dosi, specialmente nei casi in cui si sono verificate evidenti remissioni ed esacerbazioni della febbre, si è mostrato utile, ed il suo uso è stato talvolta accompagnato da splendidi successi; poichè non solo si moderano i sintomi febbrili, ma decresce eziandio l'affezione locale, la flogosi e il dolore. Talvolta però l'azione del chinino è speciale; finchè dura il sussurro alle orecchie, causato dal rimedio, s'arrestano il dolore e la febbre, tornano a comparire di nuovo, appena cessa l'azione tossica del chinino. Per la qual cosa il chinino, specialmente

Digitized by Google

a grandi dosi, non è da raccomandarsi. Come rimedio ritardante il polso e la temperatura, sta in prima linea la *digitale*. Si amministra da 0, 60 a 0, 90 grammi, però quando non sopravvenne subito l'effetto desiderato, ovvero quando subentrano fenomeni d'intossicamento, deve essere sospesa. Dunque la digitale non agisce, nella febbre, così costantemente sui movimenti del cuore, come negli individui sani od apiretici, e quand'anche dietro al suo uso subentri un ritardo del polso, tuttavia quest'azione non rimane durevole, giacchè appena sospeso il rimedio, esso torna a farsi più frequente. Più sicuramente agisce in questo rapporto la *tintura di veratro verde* raccomandata in America, la quale costantemente apporta una diminuzione del polso e della temperatura. Anche il *tartaro emetico* a grande dose viene adoprato allo scopo di diminuire le pulsazioni. Però gli accidenti spiacevoli che sopravvengono in seguito all'ingestione di grandi dosi di esso, ne vietano l'uso, poichè si possono avere vomiti, diarrea, collapsus ed anzi un formale accesso di colera; oltrecciò egli produce escoriazioni nel faringe, erosioni nello stomaco ecc. Quindi in una malattia che in regola generale va a guarigione anche senza una medicatura così violenta, non può discorrersi di un medicamento tanto pericoloso, il quale di più agisce in un modo del tutto incerto. Lo stesso è ancora a dire del *nitrato di potassa*, che dai Francesi viene usato alla grande dose di 15 grammi ed anche al disopra. Solo il *nitrato di soda* a dose moderata (8, 0 in 180, 0 di acqua, ogni 2 ore un cucchiaio) ha qualche diritto nella terapia del reumatismo articolare acuto. Il Prof. v. Oppolzer non adopra alcuno di questi medicamenti per combattere la febbre, ed insieme al contegno dietetico sopra citato, fa prendere al malato 180 grammi di *succo di limone* per ogni giorno nell'acqua zuccherata. Sotto questa cura sopravviene molto presto il miglioramento. Oltre i fenomeni febbrili, deve prendersi in considerazione la *flogosi articolare*, e specialmente si deve osservare se una o più articolazioni sono prese dalla flogosi e se è fissa o vagante, dietro a che deve dirigersi la cura. Quando il dolore è molto notevole, e quando il tumore è molto rosso e teso, negli individui robusti sono da preferirsi le sottrazioni di sangue locali con le sanguisughe, e le fomenta fredde. Nelle persone meno robuste si evitino le sottrazioni sanguigne limitandosi ai fomenti freddi. — Quando sono attaccate parecchie articolazioni, è da raccomandarsi l'inviluppo di tutto il corpo con un pannilino bagnato nell'acqua fredda e bene spremuto, il quale dovrà poi esser ricoperto con un panno-lana sciutto. Per agire in modo da quietare e diminuire i dolori, l'*oppio e la morfina* si dimostrano rimedi inestimabili; essi non solo moderano gli incomodi dei malati, ma sembra anche che dopo l'amministrazione di essi, perdano in intensità i fenomeni flogistici nelle articolazioni affette. Non può dirsi decisamente se essi giovino ad abbreviare la durata della malattia, come asseriscono alcuni osservatori, benchè alcune circostanze parlino in favore di ciò. Così il Prof. Oppolzer con un'unica iniezione di morfina è riuscito parecchie volte a sedare i dolori ed a produrre una rapida guarigione in certi casi d'infiammazione del ginocchio associata ai più vivi dolori, in cui erano riuscite inutili e l'applicazione ripetuta di mignatte, e le fomenta ghiacchiate. Del resto il Prof. Oppolzer ha trovato che l'oppio o la morfina, vengono bene sopportati anche a grande dose, e quando v'ha febbre violenta. In tutti i casi in cui il dolore toglie al malato il riposo della notte, l'autore, nella sera, amministra 6 centim. d'oppio o 15 milligr. di morfina, e nei casi in cui il dolore raggiunse una straordinaria violenza, tale dose viene ripetuta ogni due ore, finchè non apporta l'effetto desiderato. Il *colchico* ed i suoi preparati, riguardato come *specifico* dagli antichi, e dai medici odierni non sempre giustifica il credito di cui gode. Esso può essere usato solo dopo cessata la febbre. Si amministra o la tintura o il *vino di semi di colchico*: Pr. *di tintura o di vino di semi di colchic.* 15, 0; *tintura d'oppio con zafferano* 2, 0 — M. ogni 3 ore 15-20 gocce: ovvero: *estratto di semi di colchico* 2-3 centigr. ogni due ore. Più attiva di questi due preparati è però la *colchicina*. Essa, quando è svanita la febbre, modera i dolori, produce scariche alvine pultacee senza risvegliare la sensibilità degli intestini. Si deve però procedere con molta precauzione nell'amministrarla, e siccome dietro al suo uso possono sopravvenire molto facilmente diarrea, vomito, delirio ecc. si dovrà porgere a dose molto tenue (1 milligr. al giorno). Il Prof. Oppolzer l'ordina nella forma seguente: Pr. di colchicina pur. 0, 06; acqua distil. 8, 0; alcool 4, 0. M. — 5 gocce alcune volte al giorno, da aumentarsi con precauzione sino a 10, 15-20 gocce.

L'*aconito* e specialmente l'*estratto d'aconito*, può essere usato in ogni caso come sostituto dell'oppio per alleviare i dolori, e per diminuire la frequenza del polso. Se l'affezione articolare è molto dolorosa, e se non cede nè alle fomenta fredde, nè alle calde ed asciutte, allora potrà ottenersi un istantaneo sollievo, completo o notevole, mercè l'applicazione locale del cloruro d'etilene (2, 0-4, 0 in fregagioni leggiere), come che in parecchi casi si ottiene il sonno da lungo tempo desiderato, ed anzi talora incomincia subito la convalescenza. Se la prima applicazione del rimedio non agisce durevolmente, allora dovrà ripetersi. In parecchi casi leggieri, il dolore viene moderato avvolgendo l'articolazione affetta nell'ovatta, la quale quando l'infiammazione è discreta, può anche esser profumata con la *pulvis fumalis* del dottor Engel. Nelle infiammazioni molto violente e quando si hanno gravi sintomi febbrili, non sarà però conveniente l'avvolgere in tal modo l'articolazione, perchè ciò potrà solo aumentare i fenomeni morbosi. Cessati il dolore e la febbre, se ancora rimangono tumefatte una o un'altra articolazione, si dovrà ricorrere alle pennellature con la tintura di iodio.

C. B.

J. A. Vedrènes. — *Necrosi sifilitica di una parte estesa dell'osso frontale: consecutiva emiplegia destra ed afasia; esito letale prossimo; trapanazione con felice risultato.* (Rec. de mém. de méd. e Schmidt's Jahrbücher ecc. 11, 1869).

J. H. soldato di 29 anni, di robusta complessione, e per lo innanzi sempre sano, fu ricevuto nell'ospedale il 2 Marzo

Digitized by Google

1866. Da circa un mese il paziente era affetto da un'ulcera dura nel solco del glande; nelle regioni inguinali aveva parecchie glandule tumefatte quasi indolenti. Con una cura soltanto locale, l'ulcera non si deterse, ma invece diventò fagedenica; allora gli furono fatte frizioni con l'unguento cinereo nell'interno delle coscie, e nelle sure, ed internamente fu amministrato il liquore del Van Swieten. — Nel 13 Marzo il paziente cominciò a sentirsi male, ed a provare avversione pel cibo; dopo un abbondante vomito bilioso provocato con l'emetico, si sentì alquanto alleviato, ma seguitò a lagnarsi di dolore di capo e di insonnio.

Dal 16 al 17, comparve una roseola, alopecia alla regione frontale, e tumefazione delle glandole del collo e della nuca. Nel 28 si mostrarono numerosi tubercoli sulla fronte, ed alcuni disseminati nelle estremità. Nel 1.° Aprile, il paziente mentre veniva esaminato cadde in deliquio. Nella parte superiore della fronte, verso sinistra, si trovava un tumore del diametro di 2 centim. poco sensibile, fluttuante e ricoperto da cute di colore normale. Inciso questo tumore, nè uscì poco pus di cattiva indole, il quale sorgeva dal disotto del pericranio. Si trattava quindi di un ascesso sintomatico, consecutivo ad una necrosi dell'osso della fronte. — Dal 2 Aprile in poi si presentarono alcuni accessi regolari di febbre intermittente, che cessarono dopo alcune dosi di chinino. — Nel 6 Aprile fu ripresa la cura mercuriale sospesa da alcuni giorni, e di tempo in tempo fu amministrata una dose di oppio. — La necrosi dell'osso frontale fece progressi; i tubercoli della faccia e specialmente della fronte, si fecero più numerosi e cominciarono ad ulcerarsi; il malato dimagrava e perdeva le forze; l'appetito mancava interamente. Sino al 10 Maggio inclusivo, si adoprarono le pillole di ioduro di mercurio, ed in appresso si amministrò il ioduro di potassio a dose crescente, senza per altro produrre alcun cambiamento nello stato dell'infermo. — Nel 2 Giugno (dopo 3 mesi di durata), era finalmente guarita l'ulcera del glande, e la cicatrice risultatane era rotonda, approfondita e larga 1 ½ centim. Alcune ulceri tubercolose erano parimenti cicatrizzate, e lo stato di salute, nell'insieme, era alquanto migliore. Durante l'Agosto era diventato necrotico un altro pezzo di osso frontale, e ne derivò una altra volta un piccolo ascesso; col medesimo trattamento usato dapprima, il malato si riebbe di nuovo, e nel fine di Dicembre si sentiva abbastanza robusto, nè aveva più provato affatto dolore di capo. I tubercoli ulcerati, sparsi per le membra erano cicatrizzati, per altro ne rimanevano ancora parecchi sulla faccia e sulla fronte. Si tolsero alcuni sequestri dall'osso frontale, i quali risultavano dalla lamina ossea esterna. Sul lato destro, non molto distante dagli altri, si era formato un altro piccolo focolaio purulento. L'apertura di questo terzo ascesso era fistolosa; la sonda faceva riconoscere che l'osso era malato su di una estensione di 5-6 centim. Affine di porre un argine alla necrosi, dal 24 Dicembre sino al 27 Gennaio 1867, si ritornò all'uso del ioduro di potassio. Nel 14 Marzo, il paziente, dietro sua richiesta, fu rilasciato dall'ospedale, dopo che vi aveva soggiornato un anno. Tutte le ulceri, non che le aperture fistolose erano cicatrizzate, ed il malato pel rimanente godeva di buono stato di salute.

Per altro dopo alcuni giorni, si notò una recidiva della diatesi sifilitica. Ritornarono i tumori glandolari, e numerose ulceri nella faccia, con intenso dolore di capo, insonnio, debolezza e anoressia completa, cosicchè il malato nel 9 Aprile, dovette essere ammesso di nuovo all'ospedale.

Lo sciroppo di ioduro di mercurio, la medicatura delle ulceri con l'unguento di calomelano, e in seguito il ioduro di potassio, non ebbero alcuna influenza sulla malattia. L'infermo diventò molto labile d'intelletto, e nel 27 Aprile si riscontrarono già i primi indizi di afasia con diminuzione della sensibilità cutanea e della motilità in una metà del corpo. — La faccia era pallida e molto alterata, il polso tranquillo e regolare. I fenomeni crebbero gradatamente in intensità, e nel giorno 30, dopo che già nella notte si era osservato delirio e tremore, verso le 5 di sera, sopravvennero violenti convulsioni estese a tutto il corpo, che durarono sino a circa le 10. Nel 1.° Maggio, il malato era senza conoscenza; i bulbi erano volti verso l'interno, le membra flacide ed insensibili, talora lievemente tremolanti; la respirazione era frequente ed intercisa, il polso era salito sino a 135 e 140. Sotto tali circostanze, potendosi sperare aiuto solo dalla trapanazione, dopo aver fatto un taglio in croce sulla pelle del capo al disopra del punto necrotico del cranio, vi fu applicata una corona di trapano del diametro di 1 ½ centimetri; il centro si trovava addirittura nella linea mediana della parte sinistra dell'osso frontale, 9 centim. al disopra del sopracciglio corrispondente. Durante i movimenti del trapano, il malato mosse leggermente il capo Era stato appena tolto il pezzo di osso, che egli aprì gli occhi, si guardò attorno con sguardo attonito, e si pose a sbadigliare; muoveva con facilità le dita della mano paralizzata, rispondeva con movimenti del capo alle domande, che gli venivano indirizzate, ed anzi una volta disse la parola « *ja* ». Dalla ferita fluirono alcune gocce di un liquido denso e sanguinolento. L'esame col dito, fece riconoscere, che la lamina ossea interna era intatta. Fatta la fasciatura, il malato diede a conoscere che si sentiva meglio. Le pulsazioni erano scese ad 84. Masturbazione. Sino al terzo giorno dopo l'operazione, lo stato dell'infermo andò via via migliorando; l'espressione della faccia era diventata sempre più intelligente, le labbra potevano muoversi. La motilità del lato paralizzato, migliorò parimenti. Pulsazioni, 90 al minuto. Nel 5.° giorno dopo l'operazione, il malato poteva rispondere « *ja* » e « *nein* » (*si* e *no*), e contare lentamente sino a tre; inoltre aveva migliorato la motilità del lato paralizzato, ed il polso era sceso a 72. — Si osservò che sul lato sinistro le parti attigue dell'osso frontale diventavano cedevoli, e che si lasciavano imprimere; un poco di pus scaturì disotto al sequestro. Nel 7.° giorno dopo l'operazione, si estrassero alcuni pezzi di osso. La ferita fu nettata con decozioni aromatiche. In seguito furono tolti anche altri sequestri, però lo stato del malato migliorò di giorno in giorno, potè pronunciare alcune parole, ed anche la motilità del lato paralizzato andò sempre aumentando. Nel mattino il malato era alquanto sonnolento, ma nella sera l'intelligenza era più pronta. Le scariche alvine però non si effettuavano spontaneamente, ma venivano provocate con l'uso dell'acqua di Sedlitz; soltanto nel 17.° giorno, si ebbe un'evacuazione intestinale spontanea. Nel 13.° giorno, il malato contava sino a 10, e poteva ripetere tutte

Digitized by Google

le parole che gli venivano dette (1). Da indi in poi si migliorò visibilmente il linguaggio e la motilità, e nel 21.° giorno dopo la trapanazione l'infermo pote sedersi per alcune ore su di una seggiola, ed anzi nel giorno seguente, star sempre seduto.

Durante questo tempo, la ferita fatta per l'operazione si era molto ripulita, ma però più volte si aveva dovuto estrarre alcune scheggie ossee.

Nel 27.° giorno dopo una notte alquanto irrequieta, il malato si sentì illanguidito e con la mente disordinata. Nel giorno appresso lo stato generale si era fatto di nuovo peggiore; durante la notte erano ritornati il delirio e le convulsioni, il capo era piegato sul lato sinistro, e la parte destra del corpo era totalmente paralizzata. Il polso era normale; di nuovo ritornò la tendenza alla masturbazione, come già si era notato anche prima; l'alvo era chiuso da 24 ore. Nella ferita non si notò alcun fenomeno notevole. Questo stato rimase inalterato nei due giorni seguenti, l'infermo non dava alcun segno di coscienza, e solo dopo tre giorni, cioè nel 31.° giorno dopo l'operazione, parve che diventasse alquanto più intelligente, ma del resto il miglioramento progredì assai lentamente. Anche nel 51.° giorno dopo la trapanazione, dovettero essere rimosse alcune lamelle ossee, e la ferita si chiuse poi a gradi a gradi, formando una cicatrice della forma di un Y. Le convulsioni non ritornarono più, il malato apprese gradatamente a stare in piedi e a camminare; la coscienza si fece più chiara, però in ultimo l'emiplegia del lato destro rimase inalterata, e l'afasia migliorò di tanto poco, che dopo parecchi mesi il paziente non poteva pronunciare spontaneamente che alcune parole. C. B.

(1) Da ciò si vede che l'afasia dipendeva in questo caso da un'alterazione localizzata a quelle cellule cerebrali che servono alla memoria dei segni atti ad esprimere le idee, giacchè l'impulso volitivo poteva trasmettersi al centro coordinatore, appena le parole venivano rammentate, e quindi queste venivano pronunciate normalmente. La località dell'alterazione, che in questo caso derivava da una lesione dell'osso, c'insegna, che forse le cellule cerebrali che servono alla memoria sono situate negli strati più superficiali dei lobi anteriori, mentre quelle che funzionano da centro volitivo, stanno più profonde. (Vedi su ciò la mia nota sull'afasia. *Rivista Clinica. Ottobre* 1869). C. B.

C. Uterhart. — *Sulla dottrina della trasfusione del sangue.* — Berlin. klinis. Wochenschr. N. 4, 1870.

Il Dott. Uterhart ha comunicate alcune sue esperienze sugli animali, instituite affine di porre in chiaro gli effetti che tengono dietro all'introduzione dell'aria nel torrente della circolazione: i risultati di questi esperimenti, applicati alla tecnica della trasfusione del sangue, ne sembrano di tanto interesse, che stimiamo cosa utile il riferire brevemente intorno ad essi.

1. *Grandi quantità di aria, iniettate in una vena distante dal cuore, (v. crurale), non arrecano pregiudizio notevole allo stato di salute dell'animale, tanto nel momento dell'operazione, quanto in appresso.*

In un caso s'iniettarono 150 centim. cub. di aria, ed in un altro 300 nelle vene crurali di due cani sani e robusti. Nè durante l'operazione, nè dopo, si osservarono in questi animali fenomeni degni di nota.

2. *Una quantità di aria relativamente piccola, iniettata in vene situate vicine al cuore, (v. jugulare esterna), fa morire l'animale sotto i noti sintomi di anemia del cervello* (**Panum**).

Un coniglio morì rapidamente sotto convulsioni, dopo l'iniezione di 4 centim. cub. di aria; dietro l'iniezione de primi due centim., si udì evidentemente un rumore sibilantei che derivava dal cuore (*bruit du diable*), e che era prodotto della mescolanza dell'aria col sangue circolante. — Un cane morì pure sotto simili fenomeni, dopo l'iniezione di 60 centim. cub. di aria.

3. *Grandi quantità di aria iniettate nelle arterie, vengono tollerate egualmente bene, tanto se i vasi stanno vicini o lontani dal cuore, e se l'iniezione viene fatta nell'estremità periferica o centrale dell'arteria.*

30 centim. cub. di aria iniettati nell'estremità periferica dell'art. crurale, non ebbero alcuna visibile influenza sullo stato dell'animale; un altro cane sopportò egualmente bene l'iniezione di 200 centim. cub. di aria, praticata sull'estremo periferico, ed un terzo, l'iniezione di 400 centim. cub. sull'estremo centrale della carotide comune.

I sopra esposti teoremi, dice l'autore, dimostrano, che l'ingresso dell'aria nel torrente della circolazione, è scevro da pericoli, qualora esso non accada in vicinanza del cuor destro.

Venendo all'applicazione pratica di questi risultati dell'esperienza, Uterhart avverte, che sino ad ora tutti gli autori che hanno trattato della trasfusione del sangue, hanno parlato del grande pericolo che include questa operazione pel possibile ingresso nel circolo di qualche bolla d'aria, e che tutti si sono dati a modificare per conto proprio gli apparecchi da trasfusione, affine di evitare un tale inconveniente. Però la moltiplicità e la complicazione degli apparati, non ha servito ad altro che a rendere sempre più rara l'applicazione di questa risorsa curativa, che per la sua importanza ed efficacia in parecchie malattie, dovrebbe porsi a lato della tracheotomia e del taglio cesareo. — Secondo Panum, la causa della morte nei casi in cui l'aria è entrata nel circolo sanguigno in vicinanza del cuor destro, stà in ciò, che essa giungendo in forma di colonna non interrotta nell'arteria polmonare, ostruisce questo vase come farebbe un grosso embolo, e quindi interrompe all'istante la circolazione, non permette l'afflusso del sangue nel ventricolo sinistro, e finalmente ha per ultima conseguenza una anemia cerebrale acuta, e la morte repentina. — Tali fenomeni immediati non possono però esser prodotti da piccoli emboli che o non occludano il lume dell'arteria polmonare, ovvero che giungano solo in alcune sue diramazioni, o nella rete capillare, da dove possono facilmente venir cacciati per la vis a tergo del sangue; pertanto non dovrà riuscire pericoloso l'ingresso di piccoli emboli di aria nelle diramazioni dell'arteria polmonare, e piccoli devono essere necessariamente tali emboli, quando l'aria sia entrata in cir

Digitized by Google

colo in un punto distante dal cuore; infatti la colonna non interrotta, che essa costituisce sulle prime, viene franta e divisa in minutissime bolle ad ogni affluente che incontra, lungo la vena principale, per la forza delle correnti sanguigne che si vanno ad incrociare in tali punti. — Che poi i piccoli emboli di aria possano esser capaci di superare in breve tempo il distretto dei capillari, Uterhart lo ha dimostrato con apposite esperienze, iniettando aria nelle arterie. — Dalle cose dette, si può dunque dire con l'autore, che la trasfusione del sangue è un operazione che non include alcun pericolo, qualora sia fatta nelle arterie, od in vene distanti dal cuore. Dal lato teoretico, molte ragioni starebbero a raccomandare la trasfusione eseguita per via delle arterie, progettata già da v. Graefe nel 1866, e praticata per la prima volta da Hüber, però dal lato pratico s'incontrano non poche difficoltà e però sarà preferibile il servirsi di una vena distante più che sia possibile dal cuor destro. Uterhart preferisce le vene safene interne ed esterne e le loro diramazioni, e solo quando l'edema od altre circostanze impediscono di porle a nudo, adopra le vene del braccio. Pericolosissima per la vita, è la trasfusione per le vene del collo, come risulta anche dai casi raccolti dal Belina.

Riguardo alla manualità dell'operazione, Uterhart raccomanda la esatta defibrinizzazione del sangue, l'accurata filtrazione di esso, vuole sia mantenuto caldo al grado 32 o 33 R. e ritiene buono qualunque sifone munito di cannula sottile per operare l'iniezione. L'atto operativo riuscirà meglio incidendo prima i tegumenti e quindi la vena. Il dito di un assistente sarà sempre valevole ad impedire l'emorragia periferica, e le dita di un altro a tenere accostate alla cannula le pareti della vena, ed impedire così il reflusso del sangue dalla ferita. Prima d'introdurre la cannula, dovrà scacciarsi con accuratezza tutta l'aria che si potesse in essa contenere. L'iniezione si dovrà fare lentamente, ed osservando sempre la faccia del malato, la respirazione, e se è possibile anche il polso. Per regola generale, non dovrà mai vuotarsi completamente il sifone, affine di non spingere nella vena qualchè bolla di aria che potesse trovarsi aderente allo stantuffo. Tale raccomandazione viene fatta dall'autore, benchè prima abbia fatto conoscere il nessun danno che deriva dall'ingresso dell'aria nel circolo in un punto distante dal cuore, perchè egli dice, essere stato suo scopo nel pubblicare i surriferiti esperimenti, di togliere il timore, che si ha da molti, intorno all'ingresso dell'aria, e così favorire il generalizzarsi della trasfusione in certi casi in cui essa sola può salvare la vita, ma non già di favorire la negligenza di ogni precauzione nell'eseguirla.

A rendere poi più semplice e più facilmente eseguibile l'atto operativo della trasfusione, e a complemento di quanto dice Uterhart, aggiungiamo, che ciò si otterrebbe adoprando il sifone di Bresgen, che noi già menzionammo in una nota su questo stesso giornale (Riv. clin. 1869 pag. 287), ovvero facendo adattare un sifone, capace di contenere una sufficiente quantità di sangue, alla cannula di una ordinaria sciringa di Pravaz; con un istromento così modificato, potrebbe in qualche caso risparmiarsi anche il taglio della cute col bistouri, e potrebbe anche farsi a meno dell'assistente; se si avrà cura di scegliere una cannula di acciaio bene appuntata, con questo metodo, si renderà pure quasi impossibile la flebite o periflebite, che talora suole tener dietro all'operazione della trasfusione del sangue.

C. B.

F. Weber. — *Intorno all'influenza della sifilide costituzionale sulla gravidanza.* (Berlin. klinis. Wochenschrift. N. 1, 1870).

Per potersi chiarire intorno all'influenza che molti dicono avere la sifilide sulla gravidanza, sul parto e sul puerperio, l'autore si è servito del materiale raccolto in 4 anni nel comparto sifilitico dell'ospedale Obuchow di Pietroburgo. In questo tempo furono ricevute 40 donne gravide affette da sifilide costituzionale, di cui 12 si trovavano nella prima metà, e 28 nella seconda metà del periodo di gestazione. Tutte furono assoggettate ad una energica cura mercuriale, a cui talora fece seguito la cura iodale. La salivazione fu combattuta coll'uso esterno del clorato di potassa, nè furono ommessi i bagni generali, i semicupi e le abluzioni. Secondo che lo esigeva la malattia locale, furono del pari praticate le energiche cauterizzazioni sulle grandi labbra, sulla vagina ed anche sulla bocca dell'utero. Soltanto i drastici usati frequentemente nelle altre, furono ommessi in queste sifilitiche pregnanti. — Delle 40 malate, 33 lasciarono l'ospedale dopo guarita la sifilide, mantenendosi inalterata la gravidanza; le altre 4 partorirono nell'ospedale; tre di queste nel nono mese, e fecero figli completamente sviluppati; e quattro prematuramente, una nel 6.°, due nel 7.° ed una nell'8.° mese di gravidanza. Anche i feti di queste vennero alla luce vitali e senza traccia di sifilide; ma morirono tutti nei due primi giorni di vita per inanizione. Delle quattro madri che partorirono prematuramente, una insieme alla sifilide aveva un'eresipela della faccia accompagnata da febbre violenta, ed un'altra era malata per febbre ricorrente. — Il puerperio in 6 casi trascorse normale, o solo in quella che aveva la febbre ricorrente, si ebbe una leggera endometrite puerperale.

Da ciò risulta, che fra 40 gravide sifilitiche, la gravidanza fu interrotta solo in 4, quindi nel 10 %, e se poi si consideri che due di queste avevano anche una malattia febbrile che per sè stessa predispone all'aborto, la proporzione procentuaria discende al 2 %. Ammettendo infine, che la medicatura può essere non senza influenza sulla gravidanza, e che l'aborto si verifica talora anche nelle gravide non malate, ne consegue la conclusione, che ne fa l'autore, il quale crede per lo meno molto problematica l'influenza della sifilide costituzionale sull'andamento della gravidanza.

Per far quindi un confronto fra la sifilide e le altre malattie, rispetto all'influenza che esercitano sulle donne incinte, l'autore ha raccolti tutti i casi di gravidanza, che sono stati ricevuti nello stesso tempo nelle altre sezioni del medesimo ospedale, e ne ha avuti i seguenti risultati:

1) *Tifo ricorrente.* 63 gravide: in 23 si effettuò l'aborto (35,5 %); 1 partorì nell'ospedale dopo cessata la febbre,

Digitized by Google

ed ebbe un figlio ben conformato e vivente; le altre lasciarono l'ospedale con la gravidanza inalterata.

2) *Affezioni catarrali degli organi respiratori e digerenti.* 21 gravide: 1 partorì normalmente nell'ospedale, le altre uscirono guarite e con la gravidanza inalterata.

3) *Pneumonite.* Di 6 gravide in 2 l'aborto (33 %); una nel 6.° mese, e l'altra nel 7.°. Puerperio normale.

4) *Tubercolosi e tisi polmonare.* Di 4 casi, 1 aborto: madre morta, feto vivente.

5) *Erisipela.* Di 4 casi: un aborto, con morte della madre e del figlio.

6) *Ambustioni.* Di 3 un aborto, con morte della madre e del figlio.

7) *Contusioni.* Due casi: gravidanza inalterata.

8) *Ulcera inveterata.* Due casi: gravidanza normale.

9) *Reumatismo articolare febbrile.* 2 casi: un aborto: morte del feto.

10) *Difterite.* Un caso: morti madre e figlio.

11) *Insufficienza della bicuspidale.* 1 caso: aborto; madre morta e figlio vivente.

12) *Apoplessia cerebrale.* Un caso: gravidanza inalterata.

13) *Nefrite parenchimatosa cronica.* 1 caso: morti madre e figlio.

14) *Alcoolismo.* Un caso: gravidanza inalterata.

15) *Eclampsia.* Un caso: parto normale.

16) *Mania.* Un caso: gravidanza inalterata.

17) *Scabbia.* Un caso: gravidanza normale.

18) *Perimetrite.* Un caso: gravidanza normale.

Raccogliendo i casi complicati con intense malattie febbrili, essi sommano a 79, fra cui 29 aborti (36,5 %); delle puerpere ne morirono 13 (44,8 %), e dei neonati 26 (89,6 %). — I casi collegati con malattie organiche croniche sono solo 6 con 3 aborti (50 %); le puerpere morirono tutte, i neonati 1. — I tre casi complicati con perimetrite, apoplessia ed alcoolismo, non offrirono alcuna alterazione nella gravidanza, però essi sono troppo pochi per potervi stabilire su una esatta proporzione. Al contrario, gli altri 28 casi complicati con le altre malattie, come affezioni catarrali ecc., dimostrano, che queste infermità non esercitano sulla gravidanza alcuna influenza notevole.

Da questo quadro statistico raccolto dal Weber, benchè non sia molto ragguardevole il numero dei casi, si può inferire con l'autore, che la sifilide costituzionale appartiene a quella categoria di morbi, che esercitano un'influenza minima sul decorso della gravidanza. C. B.

G. Wiesner. — *Sul trattamento delle gravi ectasie dello stomaco, per mezzo della pompa stomacale.* (Berlin. klinis. Wochenschrift. N. 52, 1869).

L'autore col mezzo della pompa stomacale, ha curato con ottimi risultati molti infermi per grave ectasia della stomaco, osservati nella clinica del Niemeyer. — Noi riferiremo brevemente la storia di uno di questi malati, comunicata dall'autore in tutti i suoi particolari.

G. Althammer dell'età di 34 anni, derivante da genitori sani, non aveva avuta alcuna infermità sino al 1859. In questo tempo cominciò ad ammalare con dolore di stomaco che si esacerbava specialmente dopo il pasto; ordinariamente ¼ di ora dopo di esso si presentava il vomito, a cui teneva dietro un visibile sollievo. L'infermo dice che sul fine del vomito emetteva spesso masse nerastre, ma mai una grande quantità di sangue. Nell'inverno migliorò senza alcun sussidio medico, ma ricadde nella primavera seguente, e da indi in poi, quando più quando meno, fu sempre tormentato dagli incomodi descritti. Nella state del 1866, lo stato dell'infermo si era fatto sempre peggiore; nel vomito eravi spesso sangue, le defecazioni non si compievano che ogni 5 o 6 giorni, e l'infermo non poteva gustare altro che latte addolcito, perchè l'ingestione di qualunque altro cibo provocava vomiti violenti. La secrezione dell'orina era pure diminuita, e finalmente anche l'ingestione del latte non veniva più sopportata. Allora l'infermo ricercò di essere ammesso nella clinica, dove entrò il 5 Dicembre 1867. — Nello stato presente si notò; la faccia di un colorito giallo-terreo, la fisonomia contratta e sofferente, le congiuntive pallide, la lingua intonacata, dispnea nella giacitura sul lato sinistro, grande sporgenza dell'epigastrio, orine sedimentose per molti fosfati; il malato aveva eruttazioni acide, si sentiva lo stomaco pieno, dopo il pasto provava dolore e quindi nausea e vomito, dietro il quale il dolore cessava. Le materie del vomito non contenevano *sarcine*, ed erano intensamente acide. — La diagnosi fu di restringimento pilorico per cicatrice (di ulcera perforante), con ectasia dello stomaco. — Il paziente fu trattato per due giorni con la magnesia usta che produsse qualche miglioramento, ma ciò non ostante i vomiti si ripetevano ancora due volte nella giornata. Nel 7 Dicembre alle 9 del mattino, fu introdotta per la prima volta la sonda esofagea, munita di pompa aspirante, il che produsse vomito di molto liquido acido; con la pompa fu estratta un'altra quantità di liquido della stessa natura, dopo di che il paziente si sentì molto sollevato, ed ingerì il solito latte senza provarne alcun disturbo. Nel giorno seguente l'intromissione della sonda non produsse vomito, e si aspirò con essa il solito liquido; fu quindi iniettata nello stomaco per ripetute volte, prima acqua e poi acqua alcalina, tornando ad estrarla finchè la sua reazione non offrisse più traccia di acidità. Nel liquido estratto con la pompa, furono trovate questa volta molte *sarcine*. L'aspetto del malato era già diventato migliore. Nel pomeriggio si ebbero due deiezioni alvine normali, che in seguito tornarono ad effettuarsi regolarmente. Anche le orine si fecero per quantità normali. Nel 21 Dicembre essendosi da qualche giorno sospeso il trattamento con la pompa, ritornarono i dolori che erano già diminuiti in modo notevole, e quindi si ritornò a praticare giornalmente l'introduzione della sonda munita di sifone aspirante. Nel 29 Dicembre già non si trovava più alcuna sarcina nel liquido estratto. Nel 26 Gennaio il paziente aveva guadagnato in peso 19 libbre, si sentiva forte per sostenere ogni fatica, emetteva le fecci e le orine normalmente, e giudicandosi completamente ristabilito, volle uscire dall'ospedale. — Questo stato di benessere durò sino all'estate; però in quel tempo cominciarono a ripresentarsi gradatamente i soliti incomodi, finchè avendo questi

Digitized by Google

raggiunto il massimo grado d'intensità, costrinsero il malato a ripresentarsi nella clinica il 20 Febbraio 1869. Anche questa seconda volta il metodo di cura prima adoperato ebbe il più brillante successo, ed il malato uscì guarito dalla clinica il 26 Maggio 1869, nè sino ad ora pare che si siano più presentati gli incomodi antichi.

L'autore dice, che la sondatura dell'esofago, che deve ripetersi tanto spesso nel metodo di cura da esso descritto, non è poi una operazione tanto penosa quanto parrebbe a prima vista. Nella prima volta i malati vengono per lo più eccitati al vomito, ma in seguito, a motivo della poca sensibilità del faringe e dell'esofago, propria degli individui assuefatti ai vomiti frequenti, e del notevole sollievo che ne ritraggono, la sondatura dell'esofago, viene sopportata benissimo, ed i malati più intelligenti apprendono ad eseguirla da sè stessi, il che non è un piccolo vantaggio, tanto per loro, quanto pel medico. C. B.

Landois e **Mosler** di Greifswald. — *Sulle diverse forme di paralisi dei nervi sensibili e motori.* (Berl. klin. Wchnschr v., 37-47, 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 8, 1869.

Sotto questo titolo descrivono gli autori dapprima le paralisi parziali di senso, cioè quelle forme in cui la sensibilità della cute è alterata in toto o solo a gradi, o quelle in cui una sola o parecchie delle sue qualità differenti sono contemporaneamente affette.

Alla casuistica precede una breve rivista sullo stato attuale della quistione, sui singoli lavori in proposito e sul metodo di esame.

Rapporto ai casi morbosi osservati il relatore si limita ai dati delle alterazioni essenziali: il dettaglio interessante fa d'uopo di leggerlo nell'originale.

Nel 1.° caso esisteva in un luogo circoscritto della cute del capo a sinistra e nella estremità inferiore destra e nel tronco, ascendendo fino alla papilla mammaria, analgesia assieme a paralisi del senso della temperatura, essendo conservato ancora il senso di pressione e di località; analgesia complicata qua e là con anestesia dolorosa: di più esisteva paralisi delle due estremità superiori e dell'arto inferiore sinistro, residuo d'una apoplessia sanguigna.

Questo caso prova che gli organi centrali pel senso di pressione e di località, e pel senso di temperatura e pel senso comune, stanno materialmente separati nel cervello.

Anche il caso 2.° offre un saggio in cui trovossi paralisi del senso di pressione e località nel lato destro del corpo, con senso di temperatura e senso comune intatti, in seguito d'una neoproduzione dell'emisfero cerebrale sinistro.

Il 3.°, 4.° e 5.° caso si riferiscono a *tabe dorsale.*

Nel 3.° dopo 9 anni di durata esisteva incipiente paralisi del senso di temperatura e di pressione, paralisi totale del senso di località con senso comune normale. Allo stesso tempo avevasi abolita coordinazione dei movimenti delle gambe e amaurosi.

Il 4.° caso è caratterizzato da aumentata eccitabilità del senso della temperatura, da analgesia totale e paresi del senso di estensione e pressione negli arti inferiori.

Il 5.° caso conferma l'osservazione di Eigenbrodt sul pronto presentarsi della depressione del senso di pressione e del tatto nel principio delle lesioni del midollo spinale. Riguarda cioè un'incipiente paralisi dell'arto inferiore sinistro, con senso di temperatura e senso comune intatto, dopo breve esistenza della tabe.

Nel 6.° caso si tratta di un' *atrofia muscolare progressiva* degli arti superiori in primo stadio, che principalmente si caratterizzava per mezzo di un'analgesia della mano destra, la quale a poco a poco prese maggiori dimensioni. Il senso della temperatura e del tatto, incolume dapprima, divenne in seguito egualmente paretico.

Il 7.° caso risguarda una *paralisi traumatica* del nervo radiale superficiale con abolizione del senso di pressione, e della temperatura e del dolore; però era conservato il senso muscolare, ad indicare, che la paralisi esisteva indipendentemente dalla sensibilità della cute.

L' 8.° e 9.° si riferiscono ad *isterismi* ed offrono analgesia con conservazione delle altre qualità della sensibilità cutanea.

L. Parisot. — *Obliterazione del terzo inferiore della vena cava inferiore, e del principio delle vene iliache, circolazione collaterale compensatrice, mercè le vene cutanee diventate varicose.* (Arch. génér. ecc. e Schmidt's Jahrbücher ecc. 11, 1869).

Una donna di 68 anni, morta repentinamente per edema polmonare, mostrò durante la vita un leggiero edema della gamba sinistra. Il ventre e la parete anteriore del torace, offrivano notevoli varicosità delle vene cutanee superficiali, le quali formavano un plesso abbastanza esteso, le cui diramazioni raggiungevano almeno la grossezza di una penna da scrivere. Non vi era ascite; il fegato di grandezza normale; le orine senza albume.

Nella *sezione* si trovò la vena cava inferiore obliterata immediatamente al disotto delle vene renali; da qui sino al principio delle vene iliache, era convertita in una corda fibrosa, con parti di durezza ossea. Questa corda era rotonda, della lunghezza di 8 centim., bianco-giallognola, della grossezza di una penna da scrivere, ed in alcuni punti molto dura. Nel centro vi si osservava una calcificazione. Verso l'alto aveva un confine rigoroso, e verso il basso si continuava in due corde analoghe, che rappresentavano il principio delle vene iliache. Le pareti delle vene ipogastriche e delle iliache esterne, erano considerevolmente inspessite ed indurate; la loro superficie interna era inegualmente granulosa. Al microscopio i trombi si mostravano organizzati, consistenti in tessuto connettivo attraversato da granuli di grasso e di calce. Le vene superficiali varicose della parte anteriore del tronco, scorrevano, dal punto d'imboccatura delle vene safene interne, verso l'epigastrio, dove s'incontravano con le diramazioni della vena mammaria interna.

Tutte le piccole vene delle parti laterali del tronco, pren-

Digitized by Google

devano parte alla dilatazione. Le vene situate più profondamente, (ambedue l'epigastriche, e le circonflesse iliache), offrivano la medesima ectasia. L'epigastrica destra, in vicinanza dell'iliaca esterna, aveva la spessezza di un dito mignolo; nell'ombellico essa mandava un ramo alla rete venosa che trovasi nel legamento sospensorio del fegato. Le mammarie interne erano parimenti dilatate.

Le vene circonflesse iliache, quasi grosse come l'epigastriche, si anastomosizzavano con le diramazioni addominali delle lombari.

Le vene uterine erano normali; come pure lo erano l'utero e le ovaie. La vena ovarica sinistra era della grossezza di una penna d'oca, tortuosa, ed immetteva nella vena renale sinistra. C. B.

E. Cordes. — *Le recidive nella laringo-tracheite cronica, e modo di prevenirle.*

L'autore nella sua memoria su tale argomento, pubblicata nel *Berlin. klinische Wochenschr.* 1, 1870, parlando specialmente di quei catarri cronici del laringe e della trachea, che si originano in seguito ai così detti raffreddamenti ed agli sforzi della voce, riflette come questa infermità, la quale nei casi leggieri è guaribile col solo riposo dell'organo interessato, si distingua specialmente per la sua enorme tendenza alle recidive. Ad impedire le quali, non valgono secondo l'autore alcuno dei molti metodi di cura anche più razionali, che si sogliono mettere in opera in tali emergenze, e si meraviglia che non si sia pensato alla cura coll'acqua fredda, la quale meglio di qualunque altra può soddisfare a quell'indicazione. Infatti è innegabile, come una delle più frequenti cause delle recidive siano i raffreddamenti del corpo, e come le così dette cure d'indurimento che si fanno negli stabilimenti idroterapici, valgano benissimo ad indurire l'organo della cute contro i raffreddamenti ed a preservare quindi l'organismo da tutte le funeste conseguenze che possono tener dietro a certe influenze dannose repentine, come in ispecie le sottrazioni locali di calorico. Pertanto l'autore raccomanda, che alla cura ordinaria delle inalazioni ecc. si faccia seguire la cura idroterapica, la quale è l'unica che sia in grado di prevenire le recidive; anche nei casi in cui il catarro laringeo è derivato da un soverchio affaticamento delle corde vocali, la stessa cura sarà del pari vantaggiosa, come quando deriva da raffreddamento della pelle, poichè è un fatto stabilito dall'empirismo, che procurando la tonicità della cute, viene aumentata direttamente anche la resistenza organica della mucosa delle vie aeree. C. B.

Sée. — *Diagnosi differenziale fra l'uremia e l'ammoniemia.* (Schmidt's Jahrbüch. ecc N. 1, 1870.

Queste due malattie così spesso scambiate fra loro, si distinguono, secondo Sée, ai caratteri seguenti: l'uremia è basata sopra un'alterazione di tessitura del rene, per cui non essendo più esso capace di eliminare l'urea l'acido urico ecc. queste ultime sostanze vanno a raccogliersi nel sangue: l'ammoniemia all'incontro è un vero avvelenamento del sangue per carbonato d'ammoniaca, dipendente da un prolungato soggiorno dell'urina nei serbatoi naturali, in seguito ad alterazioni nei calici e nella pelvi renale, e negli ureteri, e nella vescica o nella prostata. L'urina ritenuta nei serbatoi ne irrita la mucosa, e provoca una abbondante secrezione di muco, o di pus, per la cui presenza l'urea si converte in carbonato d'ammoniaca. Nell'uremia quindi, l'orina non contiene alcun principio estraneo, all'infuori di alquanto albume, nell'ammoniemia all'incontro, si trova qualche volta anche l'albume, ma sempre però o il muco, o il pus. Gli uremici hanno vomito, diarrea, difficoltà di respiro, però lingua umida e netta, pelle liscia, bianca, elastica, ed inodora, e non febbre, nè disordini di circolo; inoltre prostrazione della fisonomia e delle forze, convulsioni e coma, oscuramento o perdita completa della coscienza. Nell'ammoniemia al contrario, il vomito si ha molto di rado, l'alvo è costipato, la lingua secca e fuliginosa, le mucose della bocca, del laringe e degli occhi, secche, e simili alla pergamena, la cute secca e di colore grigio-scuro, e di odore ammoniacale al pari del respiro, la respirazione del resto libera, e la circolazione all'incontro disordinata; in essa si notano brividi di freddo con la così detta febbre da orina, calore bruciante su tutto il corpo, atrofia dei tessuti e degli organi con dimagramento e cachessia, ma l'intelligenza rimane sempre libera. C. B.

Herzfeld. — *Caso di atresia della vagina e gravidanza.* (Wien. med. Presse 35, 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 6, 1869.

All'esame d'una donna di 44 anni, gravida per la prima volta, dopo 24 anni di matrimonio, l'autore non trovò verun diaframma; la vagina terminava in sacco cieco: anche collo speculum non si poteva vedere apertura alcuna. Quaranta giorni dopo tale esame, si fece palese il principio del parto per lo scolo di alquanto di acqua ed allora soltanto collo speculum si potè scoprire una piccola apertura. Questa a poco a poco dilatossi alquanto a modo che il dito poteva penetrarvi e rompere le membrane prominenti, in causa del capo che si spingeva innanzi. La penetrazione fu facile come se masse di muco indurito avessero ristoppate le pareti della vagina. Ciò malgrado in seguito applicossi la vagina sì fortemente attorno al capo del bambino che l'autore dovette condurre a termine il parto col forcipe. — Egli crede che l'atresia esistesse dalla nascita, che il canale fosse assai ristretto, così che, per caso e solo dopo 24 anni avvenne il concepimento. L'atresia completa sarebbe avvenuta in seguito, durante la gravidanza, per ristagno dell'umore segreto al disopra del restringimento, per escoriazione del canale e per otturamento prodotto da una crosta per umori separati.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 7. BOLOGNA 30 Luglio 1870.

MEMORIE ORIGINALI

L'ottalmoscopio nella alienazione mentale, nella epilessia, nella pellagra

OSSERVAZIONI RACCOLTE

DAL

Dott. AUGUSTO TEBALDI

Docente di Psichiatria nella R. Università di Padova.

Lo stromento prezioso dell'Helmholtz, permettendo l'esplorazione del fondo oculare, aprì nuovo e fecondissimo campo alla diagnostica delle malattie cerebrali. La continuità del circolo cerebrale e del fondo oculare, il breve decorso del nervo ottico dalla sua origine alla sua espansione papillare, stabiliscono quell'intimo rapporto fisiologico e patologico, del quale può grandemente giovarsi il clinico.

Gli ottalmologi, ben a ragione, raccolsero per primi i frutti della osservazione, ed al Graefe, allo Stellwag, al Liebreich, al Desmarres, al Galezowski, al Quaglino e ad altri si deve il tesoro di molte e pratiche osservazioni di patologia cerebrale. Gli specialisti delle malattie cerebrali e gli alienisti raccolsero una ricca messe sullo stesso campo, ed il Bouchut, il Mennier, il Magnan, il Charcot in Francia, il Coccius, il Wendt, il Köstl, il Niemetschek, il Westphal in Germania, l'Albutt, il Grant in Inghilterra, e da noi il Quaglino e recentemente il Monti, il Flarer ed il Manfredi, questi due ultimi completando gli studi della sintomatologia della pellagra del Prof. Lombroso, diedero i risultati di molteplici osservazioni.

Uno sguardo retrospettivo sui risultati dei molti osservatori ci conduce a due conseguenze. La prima è la convinzione che per questo modo di investigazione, come avvenne per altri, vi ebbero i circospetti e gli audaci, così che mentre alcuno volle collegare i cangiamenti del fondo oculare ai processi morbosi del circolo della base del cervello (nelle malattie cerebrali), come il Galezowski; altri vi trovò segni per tutte le malattie spinali, come il Bouchut, e persino per le malattie nervose, come l'inglese Hart (1) per l'isterismo: questa discrepanza non dovea certo guadagnar credito al mezzo diagnostico.

La seconda convinzione cui si arriva, è che la compartecipazione del fondo oculare ai processi morbosi delle malattie cerebrali è un fatto, ed in molte particolarità stabilito per leggi di causalità, di decorso, di esiti, accertate e costanti.

L'esplorazione ottalmoscopica, ad intendimento diagnostico, presenta molte e gravi difficoltà. Prima fra esse, l'uso dell'ottalmoscopio e la determinazione del valore delle mutazioni endoculari da porre in rapporto allo stato morboso: a questa difficoltà è dovuta in gran parte la disparità dei risultati, ad essa la poca fiducia e lo scarso uso che si fa dai clinici dell'ottalmoscopio.

Difficoltà per la esatta cognizione che si esige delle molteplici contingenze, che nel processo patogenico del fondo oculare sono di grande momento; le alterazioni riscontrate possono provenire da proccesi locali del bulbo dell'occhio; la prominenza papillare riscontrò il Graefe in caso di flemmone del tessuto adiposo dell'orbita (2), segno ottalmoscopico che si riscontra pure in casi di spandimenti sierosi alla base del cranio ed in altre affezioni cerebrali.

Conviene mettere a calcolo l'influenza della età, per le obliterazioni in seguito ad ateroma nella senilità, per la distruzione de' capillari, per l'intorbidamento dei mezzi, per le mutazioni del pigmento, che nei vecchi talora si accumula e forma macchie brune, e perfino nere, usurando sul restante pigmento, che cangia di colore, facendosi bruno chiaro, alle volte giallo, giallo bruno sporco (3).

La coroidea è di un rosso più spiccato nei giovani, e la tinta del pigmento è diversa per altre circostanze; negli individui biondi lo strato pigmentare è poco nero, il fondo dell'occhio perciò di un rosso molto chiaro; il contrario negli individui a cappelli neri.

Vi hanno anomalie congenite del fondo oculare, che non sturbano la visione: la papilla può presentare contorni irregolari, non perciò da attri-

(1) Medical Times. Febb. 1868.

(2) Graefe. Clinique opthalmologique. Paris 1867.

(3) Stellwag. — Manuale di oculistica pratica, trad. per cura del Prof. Ant. Quaglino. Milano 1865.

Digitized by Google

buirsi a nevrite ottica; l'escavazione papillare fisiologica può essere molto pronunciata, nè si riferirà ad una escavazione atrofica.

Vi hanno placche congenite della papilla.

I vasi della papilla possono essere disposti in modo assai anormale, ed il loro calibro allontanarsi di molto dal consueto.

Finalmente, ciò che d'altronde è assai raro, la mancanza congenita dei vasi nella papilla, osservata dal Desmarres e dal Graefe (1).

Dopo tutte queste avvertenze l'osservazione ottalmoscopica riesce sempre difficile in particolar modo sopra i pazzi, alle volte indocili, mobilissimi, intolleranti, sospettosi.

Difficilissimo poi è misurare la potenza visiva in alcune forme di pazzi; aggiungendosi la triste condizione di avere nei nostri malati un immenso numero di illetterati, quindi impossibile mettere in rapporto le risultanze ottometriche colle ottalmoscopiche osservazioni, ciò che saria di grande interesse.

L'osservazione ottalmoscopica deve esser fatta in entrambi gli occhi; alle volte le differenze dei trovati sono di gran momento.

La distribuzione dei materiali in questo lavoro mi fu consigliata dal desiderio di presentare singoli casi clinici, dei quali, dati i sintomi più importanti, sono date così le ottalmoscopiche risultanze. Con ciò mi parve sfuggire gli inconvenienti, pei quali riescono troppo incompleti e poco proficui i lavori di loro che, o nudamente accennarono singole lesioni corrispondenti ad un certo numero di forme speciali, come fece il Köstl, - ovvero di loro che, teneri di una coordinazione perfetta piucchè della utilità pratica del lavoro, si attennero ad una classificazione di malattie, e cercarono il riscontro della sintomatologia delle forme nella condizione patologica del fondo oculare; così l'Albutt ci presentò la somma delle sue indagini, così il Monti delle sue; così il lavoro è nelle applicazioni pratiche pressochè infruttuoso, giacchè qual utile ha nella diagnosi della mania chi sa, ad esempio, che in questa forma tante volte per cento si riscontra una data alterazione endoculare? Sapendo dal fatto clinico, che una sola forma ha condizioni diverse, ed a volte opposte, come causa morbosa che ne sostiene la sintomatologia, dovremo avere nella valutazione di ogni fatto morboso più in mira l'individuo malato che la astrazione della forma.

Ciò premesso, entro in materia, non senza però pagar prima un tributo di profonda gratitudine agli amici e colleghi, che mi aiutarono in questo arduo lavoro, nel quale io non misi che un poco d'amore, e del quale ad essi è dovuto quel che di buono vi potrà essere, - ai distinti oculisti di Venezia Dott. Gossetti e Dott. Gradenigo, al Dott. Messedaglia di Verona ed in particolare al Dott. Stefano Fenoglio, docente d'ottalmoiatria nella nostra Università, la cui dottrina mi fu guida nell'uso dell'ottalmoscopio, compagno appassionato nelle ricerche, nella determinazione delle alterazioni, e dei tipi più singolari di esse.

(1) Graefe, loc. cit.

Digitized by Google

TAVOLA PRIMA

Osservazioni ottalmoscopiche nella pellagra.

Numero progressivo	Luogo d'osservazione	Età	Fenomeni prevalenti		Occhi osservati	Reperto Ottalmoscopico	Prima invasione o recidiva	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
			Psichici	Organici	D. o S.				
I.	Verona	44	Idromania.	Eritema pellagroso profondo. Anemia.	D. S.	Vasi venosi varicosi, papilla suffusa. Vasi arteriosi esili, trasparenti.	Recidiva	Cura antiflogistica pregressa.	P.
II.	id.	33	Esaltamento maniaco.	Arresto di sviluppo.	D. S.	Traccie di vecchia condizione anemica nei vasi capillari. Essudati peripapillari in ambo gli occhi. Sospetto di pregressa perinevrite di indole celtica.	id.		P.
III.	Padova	38	Delirio di disperazione.	Clorosi. Amenorrea. Paresi.	D. S.	Coroidea pallida, vasi piccoli trasparenti; papilla a contorni netti, piuttosto piccola, bianco-perlacea.	id.		P.
IV.	id.	39	id.	Clorosi. Amenorrea.	D. S.	Coroidea roseo-pallida. Vasi centrali ampi, ma trasparenti; papilla grigia sbiadita.	id.	Cura antiflogistica pregressa.	P.
V.	id.	47	Imbecillità.	Aspetto di senilità precoce.	D. S.	Iperemia papillare. Vasi venosi rigonfi e tortuosi.	Sette volte recidiva		P.
VI.	id.	23	id.	Paresi. Diarrea.	D. S.	Normale.	Recidiva		N.
VII.	Venezia	36	Delirio di persecuzione.	Anemia.	D. S.	Atrofia della papilla, vasi sottili, trasparenti; pigmento coroideale scarso.	id.		P.
VIII.	id.	26	Depressione profonda. Piromania.	Eritema profondo, vasto.	D.	Papilla suffusa, piccola. Fondo oculare molto vascolarizzato.	id.		P.
IX.	id.	30	Furore.	Dimagram. notevole.	D. S.	Iniezione capillare della papilla, vene turgide.	id.		P.
X.	id.	32	Esaltamento maniaco.	Eritema. Senso di bruciore nel ventre.	D. S.	Normale.	Prima invasione		N.
XI.	id.	30	Depressione.	Anemia.	D. S.	Papilla pallida. Vasi poco pronunciati e trasparenti.	Recidiva		P.
XII.	Padova	26	Esaltamento con delirio caottico.	Anemia.	D. S.	Papilla anemica; coroidea con vasi esili trasparentissimi.	id.	Cura antiflogistica pregressa, che esacerbò la condizione.	P.
XIII.	id.	40	Melancolia.	Paresi considerevole degli arti inferiori.	D. S.	Normale.	Prima invasione		N.

Digitized by Google

Numero progressivo	Luogo d'osservazione	Età	Fenomeni prevalenti		Occhi osservati	Reperto Ottalmoscopico	Prima invasione o recidiva	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
			Psichici	Organici	D. o S.				
XIV.	Padova	50	Demenza.	Paralisi.	D. S.	Suffusione papillare, bordi indistinti; vasi venosi grossi, gozzuti, rigonfiati nell'entrare nel nervo ottico.	Recidiva		P.
XV.	id.	33	Stupore.	Moti disordinati e continui.	D. S.	Papilla biancastra, vasi arteriosi sottilissimi.	id.		P.
XVI.	id.	30	Melancolia con tendenza al suicidio.	Anemia; denutrizione. Vertigini.	D. S.	Papilla pallida; vasi esili, trasparenti, numerosi nel campo papillare. Pallida la coroidea. Anemia retinica.	id.		P.
XVII.	Verona	22	Delirio di persecuzione.	Immobilità; anestesia estesa.	D. S.	Normale.	Prima invasione		N.
XVIII.	Padova	60	Disordine maniaco; tendenza al suicidio.	Paresi. Diarrea cronica.	D.	Vene tortuose, ingrossate, la superiore entra nella papilla gozzuta. Arterie molto sottili, trasparenti.	Recidiva		P.
XIX.	Verona	35	Depressione profonda.	Immobilità; rifiuto del cibo.	D. S.	Suffusione della papilla, congesti i vasi coroideali; vasi venosi rigonfi, però retti.	Prima invasione		P.
XX.	id.	34	Esaltamento; tendenza al suicidio.	Moti disordinati continui. Dimagramento.	D. S.	Vasi numerosi e congesti, suffusione papillare. Forma iperemica.	id.		P.
XXI.	id.	39	Idiotismo	Vaste chiazze di eritema pellagroso, incrostazioni. Precedente ambliopia.	D. S.	Papilla suffusa, ricchissima vascolarizzazione. Margini papillari indistinti. Intorbidamento della retina.	Cronica		P.
XXII.	id.	40	Esaltamento; tentato omicidio.	Eritema pellagroso; dolori allo stomaco.	D. S.	Vasi vorticosi, sviluppati. Papilla pallida, destra schiacciata. Poco pigmento; segni di sclero-coroideiti	Recidiva		P.
XXIII.	Padova	35	Panofobia.	Irritaz. cerebrospinale.	S. D.	Vasi piccoli, papilla anemica, coroidea pallida.	id.		P.
XXIV.	Verona	40	Stupore.	Congestione cerebrale, vertigini.	S.	Iperemia retinica, vasi angolosi con rigonfiamenti.	Forma recidiva		P.
XXV.	id.	50	Melancolia.	Denutrizione.	S. D.	Normale.	Recidiva		N.
XXVI.	id.	35	Disperaz. e tentato suicidio.	Anemia.	S.	Pallore coroideale, vasi esili, trasparenti; pallida e sbiadita la papilla.	Prima invasione		P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Luogo d'osservazione	Età	Fenomeni prevalenti		Occhi osservati	Reperto Ottalmoscopico	Prima invasione o recidiva	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
			Psichici	Organici	D. o S.				
XXVII.	Verona	28	Depressione.	Anemia e denutrizione.	S.	Vasi papillari piccoli, essudato albuminoso nella parte periferica superiore.	Prima invasione		P.
XXVIII.	Padova	40	Esaltamento maniaco.	Irritazione cerebro-spinale.	S. D.	Vasi vorticosi, iniettati; iperemia della papilla; vasi angolosi.	id.		P.
XXIX.	Verona	53	Ipocondria.	Catarro intestinale cronico.	S. D.	Vasi numerosi, angolosi, trasparenti; papilla pallida; alcune vene ragguardevoli penetrano alla periferia della papilla.	Forma recidiva	Sospetto di processo ateromatoso ai vasi cerebrali.	P.
XXX.	Padova	32	Delirio di persecuzione.	Congestione attiva.		Suffusione papillare, vasi numerosi ed iniettati.	Recidiva		P.
XXXI.	id.	60	Delirio depressivo.	Desquammazione. Atrofia muscolare.	S.	Bordi papillari indistinti; tinta bigia della papilla, incipiente sua atrofia.	id.		P.
XXXII.	id.	20	Stupore.	Congestione cerebrale.	D. S:	Normale.	Prima invasione	L'applicaz. di mignatte al capo fecero scomparire i fenomeni psichici e somatici. Perciò in questo caso si ebbe una congestione cerebrale in individuo pellagroso.	N.
XXXIII.	id.	32	Idromania.	Irritazione cerebro-spinale.	D. S.	Normale.	id.		N.
XXXIV.	id.	28	Delirio maniaco.	Congestione cerebrale.	S.	Iniezione coroideale; leggera suffusione della papilla.	id.		P.
XXXV.	id.	30	Esaltamento che si alterna a stupore.	Iniezione capillare. Febbri ricorrenti.	S. D.	Leggiera iperemia papillare.	id.		P.
XXXVI.	id.	58	Fenomeni di demenza.	Stato generale di debolezza.	S.	Normale.	Recidiva		N.
XXXVII.	id.	50	Delirio religioso; teme le pene eterne.	Prostrazione. Ambliopia.	S. D.	Vasi della papilla e retinici assai pallidi; è difficile distinguere i bordi papillari.	id.		P.
XXXVIII.	id.	72	Segni di demenza.	Denutrizione. Tremori agli arti.	S.	Atrofia circoscritta retino-coroideale periferica; papilla suffusa, grossa; vascolarizzazione quasi mancante.	id.		P.
XXXIX.	id.	71	Indebolim. mentale.	Denutriz., paresi.	S. D.	Normale.	id.		N.

Digitized by Google

Numero progressivo	Luogo d'osservazione	Età	Fenomeni prevalenti		Occhi osservati	Reperto Ottalmoscopico	Prima invasione o recidiva	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
			Psichici	Organici	D. o S.				
XL.	Padova	36	Delirio ipocondriaco.	Pallida, denutrita. Allucinata.	D. S.	Escavazione della papilla con anemia.	Prima invasione		P.
XLI.	id.	22	Delirio maniaco.	Arresto di sviluppo. Forma gesticolatoria.	S. D.	Iperemia della papilla. Normale.	id.		P.
XLII.	id.	35	Stupore.	Eritema esteso; atrofia muscolare.	D. S	Normale.	Recidiva		N
XLIII.	id.	38	Idromania.	Congestione capillare periferica.	D. S.	Normale.	id.		N
XLIV.	id.	52	Fenomeni di demenza.	Paresi generale.	D. S.	Iperemia della papilla.	id.		P.
XLV.	id.	54	Delirio di disperazione con allucinazioni viscerali.	Eritema esteso.	D. S.	Normale.	id.		N.
XLVI.	id.	28	Sovraeccitazione maniaca. Pericoloso.	Iperestesia; sudori profusi; accensione del viso.	D. S.	Suffusione della papilla, che si confonde colla iniezione retinica.	id.		P.
XLVII.	id.	38	Nessun disordine intellettuale.	Emiplegia incompleta sinistra, paresi linguale, tremori coreici.	S.	Occhio sinistro iperemia papillare, bordo coroideale marcato.	id.	Probabile forma di congestione emorragica.	P.
XLVIII.	id.	66	Iracondo; forma impulsiva; abitudine alcoolica inveterata.	Acne dei bevitori al naso, tracce dell'eritema pellagroso	D. S.	Occhio destro suffusione papillare, bordi indistinti, ambliopia; occhio sinistro simile condizione, ma in minor grado; vista quasi normale.	id.		P.
XLIX.	id.	48	Stupore profondo con paura.	Denutrizione; pigmentazione cioccolatta di tutta la cute, rigidità muscolare.	D. S.	Normale.	id.		N.
L.	id.	27	Indebolimento mentale, abitudine di bamboleggiare.	Floridissima nutrizione, pigmentazione della cute del viso e braccia.	P. S.	Normale.	id.		N.

Digitized by Google

Considerazioni.

Si raccolse ancor poco nel vasto campo della pellagra. In Italia, il Prof. Quaglino diè poche osservazioni, nelle quali la dilatazione delle vene retiniche parve la condizione più frequente; nè credeva poterne trarre profitto veruno (1). Recentemente nel lavoro del Prof. Lombroso sulla pellagra (2) vi hanno i risultati delle osservazioni dei dottori Flarer e Manfredi, per le quali sopra 33 esaminati 11 non presentarono anormalità veruna; 14 intorbidamento per riflesso bigio e giallastro della retina; in 11 l'assotigliamento de' vasi arteriosi; in 1 ingrossamento dei vasi venosi. In due casi si osservò l'atrofia bianca della papilla. In 6 casi inuguali reperti, confrontato l'occhio destro col sinistro.

Se riguardiamo alle tavole precedenti, troviamo sopra 46 casi, 11 negativi ed 1 senza valutabile cambiamento.

Dei casi negativi 5 sopra 11 sono di prima invasione pellagrosa.

Osservando ai reperti ottalmoscopici risulta, come di raro abbia ritrovato ciò che ad altri invece parve frequente, l'edema della retina, nè abbia tenuto conto dell'intorbidamento della retina stessa; chè, grigio, è spesse volte fisiologico; nè infrequentemente tale anche per altri modi di coloramento.

Fra le alterazioni principali una sarebbe quella contrassegnata dalla iperemia o dalla suffusione papillare, dal lume considerevole dei vasi, fatti alle volte tortuosi, varicosi.

Caratteri simili si riscontrarono in 18 casi, ed in questi si aveva, come disordine psichico, delirio di esaltamento con tendenza a suicidio o piromania od altro. Una volta, ed è il numero I, vi ebbe questa condizione in individuo anemico, ma convien metter a calcolo che l'anemia era indotta da cura antiflogistica esagerata; la condizione cerebrale non mutò, era idromaniaco.

I vasi varicosi, tortuosi s'ebbero in casi di recidività ostinata, N. V; di forma cronica, N. XXIV; in età avanzata, N. XXVIII, XIV, XVIII.

Un secondo modo d'alterazione è contrassegnato da anemia, pallore della papilla, esilità de' vasi, loro scarso numero, pallore coroideale, qualche volta con tutto ciò un qualche grado di atrofia papillare. Ne abbiamo 11 casi, ed in questi troviamo corrispondere una analoga condizione generale, anemia, clorosi, forme croniche o che alterano la nutrizione; e per fenomeno psichico, sempre di forma depressiva, melancolia, stupore, ipocondria.

In due casi, II, XXII, segni di affezioni pregresse del fondo oculare, in individui pellagrosi recidivi.

In riguardo alla pellagra, da quanto risulta dalle precedenti osservazioni possiamo inferirne:

Non esservi una alterazione del fondo oculare speciale alla pellagra;

Le alterazioni riscontrate essere in armonia alla condizione morbosa, che determina la varia forma pellagrosa, perciò in un certo rapporto di causalità anche col delirio;

Nell'occhio del pellagroso potersi avere le alterazioni di pregresse malattie endoculari, non che le mutazioni proprie della senilità, pel processo pellagroso, massime per pellagra recidiva, fatta precoce, - come dilatazione dei vasi, loro varicosità, tortuosità;

La circolazione cerebrale nella pellagra soffrire disturbi in proporzione abbastanza ragguardevole, - 37 volte sopra 50 osservazioni.

---

(1) Bouchut. Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie. Paris 1866, pag. 426.

(2) Rivista Clinica N. 11 del 30 Nov. 1869. Sintomatologia della Pellagra.

Digitized by Google

TAVOLA SECONDA

Osservazioni ottalmoscopiche nella epilessia.

Numero progressivo	Età	Epoca del morbo	Luogo d'osservazione	Fenomeni psicofisici	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Esami successivi	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
I.	28	17 an.	Verona	Delirio maniaco successivo ad accesso.	D. S.	Leggera iperemia papillare, vene varicose. Vasi vorticosi pallidi.			P.
II.	14	6 an.	id.	Accesso giornaliero; ebetismo.	D. S.	Vasi venosi molto nodosi, arterie sottili trasparenti.	Poco dopo l'accesso ugual condizione; più anemiche le arterie, più ingorgate le vene.		P.
III.	15	2 an.	id.	Intelligente, loquace, mobilissimo.	D. S.	Iperemia papillare pronunciatissima, papilla roseo-carica.			P.
IV.	30	3 an.	id.	Esagerata ilarità, mobilità. Piccoli accessi.	D.	Vasi venosi retinici sviluppati, coroideali pure.			P.
V.	27	3 an.	id.	Accessi rari, ma violenti. Stupore.	D.	Papilla suffusa, di forma leggermente ovoidale, all'esterno pigmentazione ricca.			P.
VI.	29	dalla nascita	Venezia	Accessi frequenti. Idiotismo.	D.	Bordi papillari indistinti, suffusione papillare, vene numerose, rigonfie.	Dopo l'accesso ugual condizione. Arterie centrali esilissime.	L'accesso seguì immediamente l'osservazione oftalmoscopica.	P.
VII.	23	10 an.	id.	Esaltam. maniaco.	D.	Iperemia papillare pronunciatissima; bordi arrossati, iniezione di tutto il fondo oculare.			P.
VIII.	30	12 an.	id.	Accessi frequenti. Imbecillità.	D.	Vascolarizzazione ricca. Papilla per metà biancastra; atrofia del pigmento coroideale.			P.
IX.	24	dalla nascita	id.	Polisarcia, accessi di furore, spavento.	D. S.	Papilla piccola, vasi sottili, numerosi; la metà esterna poco vascolarizzata.			P.
X.	26	18 an.	id.	Lunghe tregue; accessi maniaci intercorrenti.	D. S.	Papilla normale. Vasi venosi sviluppati, angolosi sui bordi della papilla.			P.
XI.	32	4 an.	Verona	Esaltamento, loquacità. Accessi frequenti.	D. S.	Papilla suffusa, anello coroideale molto marcato, vasi sviluppati, alcuni gozzuti nell'entrare nella papilla; pigmentazione coroideale.			P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Età	Epoca del morbo	Luogo d'osservazione	Fenomeni psicofisici	Occhi osseevati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Esami successivi	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
XII.	28	20 an.	Venezia	Accessi con pause di sei ad otto giorni. Intellig. buona.	D. S.	Normale.			N.
XIII.	34	15 an.	id.	Esaltam. leggiero.	D. S.	Leggera iperemia della papilla.			P.
XIV.	30	20 an.	id.	Accessi rari. Iracondo.	D. S.	Pronunciata iperemia papillare; vasi sottili, numerosi.			P.
XV.	49	12 an.	Padova	Accessi epilettici frequenti. Imbecillità.	D. S.	Varicosità, dei vasi centrali venosi. Arterie piccole. Bordi papillari indistinti. Mancanza del pigmento coroideale per qualche tratto.			P.
XVI.	32	9 an.	id.	Accessi frequenti. Stupore prolungato consecutivo.	D. S.	Essudati di forma elittica al bordo papillare, sopra uno dei quali passa un vaso, che si vede trasparente; invadono la periferia della papilla. Scarsa pigmentazione coroideale. Papilla normale.		Probabile una pregressa coroideite.	P.
XVII.	30	20 an.	id.	Accessi frequenti, bisbetismo isterico.	S. D.	Iniezione venosa pronunciata. Papilla a bordi confusi esternamente; nella papilla sinistra una metà bianco-perlacea, l'altra metà suffusa; vasi arteriosi piccoli, coroidea congesta.			P.
XVIII.	22	dalla nascita	id.	Accessi con poche tregue. Arresto di sviluppo, idiotismo.		Papilla a contorni netti, arterie piccole, vene centrali sviluppate, tortuose. Vasi coroideali congesti, pigmentazione coroideale considerevole.	Esaminata subito dopo l'accesso, congestione venosa più considerevole, vasi coroideali rigonfi.	Di madre maniaca.	P.
XIX.	40	3 an.	id.	Accessi ogni sette ad otto giorni. Indebolimento mentale grave.	D. S.	Papilla bianco-perlacea, vasi numerosi; coroidea nel contorno peripapillare pallida, più perifericamente di un roseo carico.			P.
XX.	17	dalla nascita	Venezia	Accessi frequenti. Imbecillità, arresto di sviluppo.	D. S.	Numerosi i vasi e tortuosi; anello scleroticale molto palese. Papilla bianco-pallida.			P.

Digitized by Google

Considerazioni.

Delle alterazioni del fondo oculare nella epilessia abbiamo abbastanza numerose, interessanti e concordi osservazioni.

Il Bouchut (1) dice non aversi alterazioni della papilla negli intervalli degli attacchi di epilessia essenziale. Dopo l' attacco aversi una dilatazione delle vene retiniche, che poi diminuiscono. In molti epilettici aversi un aumento di diametro e di numero delle vene retiniche. Spesso incontrò atrofie coroideali, retiniti pigmentali, macerazioni del pigmento, essudati retinici ed emorragie della retina, *che sono evidentemente sotto la dipendenza di questa malattia.* Nella epilessia sintomatica frequente infiltrazione sierosa e atrofia della papilla.

Il Köstl ed il Niemetschek (2) trovarono di preferenza la dilatazione nelle arterie centrali, ed aumento in generale di vascolarizzazione.

Quarantatrè osservazioni di follia epilettica riporta l'Albutt (3). In 15 casi trovò alterazione del nervo ottico, 9 dubbiosi, e 19 cangiamento veruno. La semplice epilessia non è comunemente seguita da alterazioni del nervo ottico.

Sui 20 casi da me riportati uno soltanto diede risultato negativo, tre mostrarono una leggera alterazione, negli altri 16 casi il fondo oculare presentò sempre qualche particolarità.

In 5 casi notai l' iperemia della papilla, negli altri tutti la vascolarizzazione venosa ricca, nodosa, tortuosa, come quella che da tempo sofferse stasi passive venose; quando non vogliasi ammettere tale dilatazione dei vasi venosi una condizione anatomico-patologica propria dei vasi, che potrebbe costituire, come accenna il Bouchut, la causa molte volte di quelle epilessie inesplicabili.

M' accorsi di questa ricchezza di vascolarizzazione venosa di mano in mano che raccoglieva i fatti, e confermai quindi quanto dopo ho riscontrato nei sopracitati autori sulla frequente condizione della epilessia.

Trovai pure confermato per tre volte, II, VI, XVIII, il fatto, di cui fa cenno il Bouchut, dell' aumentata venosità del fondo oculare immediatamente dopo l' accesso, e di più constatai la maggiore esilità che presentano i vasi arteriosi.

L' ottalmoscopio indicherebbe perciò, come condizione morbosa cerebrale dell' insulto epilettico, una anemia arteriosa, con congestione venosa passiva, e la dilatazione dei vasi cerebrali come alterazione costante.

(continua)

(1) Bouchut, loc. cit.
(2) Prag. Vierteljaharschrift für die praktische Heilkunde, 1867, Dritter Band.
(3) Medical Times and Gazette, 21 March 1868.

DISTACCO DI IALOIDE

STORIA E CONSIDERAZIONI

PEL

Dott. FRANCESCO VACCÀ.

Il distacco di ialoide era ammesso dagli anatomo-patologi in conseguenza degli studi dell' illustre Prof. Fr. Magni; mancavano però i fenomeni dipendenti dallo stesso distacco, quando un giovinetto infermo ricoverato nella Clinica Oculistica universitaria di Bologna me li porse. Tali fenomeni potei studiare in esso infermo, ed è perciò che credo di fare cosa utile alla scienza, narrandone la storia, ed illustrandola con considerazioni fisiologiche e patologiche.

Alla storia clinica farò precedere la descrizione dei preparati relativi al distacco di ialoide, che il chiarissimo Prof. Magni conserva nella sua ricchissima collezione d' anatomia patologica dell' occhio.

Il primo dei preparati anatomici ha i seguenti caratteri: impiccolimento del bulbo, sezione anteriore appianata; la cornea presenta una cicatrice alla parte inferiore, ed è di molto ristretta la sua area; tutta la sezione superiore è trasparente; camera anteriore distrutta; iride aderente alla cornea; mancanza della lente; spessezza della sclerotica aumentata; piccole pieghe prominenti nella faccia concava della retina, la quale è ispessita e diffusamente opaca. La ialoide è completamente distaccata come le altre, cioè a foggia imbutiforme; residui opachi del vitreo nella regione cigliare della ialoide.

Probabilmente quest' occhio subì l' estrazione della cataratta, e la perdita della lente è succeduta ad una vasta ulcera per suppurazione della cornea nella regione inferiore. Contemporaneamente al processo della cornea, o successivamente, avvenne il processo retinico. L' atrofia già completa del vitreo, la perforazione della cornea e la sclerosi della ialoide resero impossibile la distensione della ialoide stessa per formazione di nuovo vitreo, quindi, una volta cessato il processo essudativo, dovea successivamente attivarsi l' assorbimento dell' essudato, lo che avvenne determinando entro certi limiti l'impiccolimento del bulbo.

Nel secondo occhio si osserva un leucoma corneale appianato ed aderente all' iride, la mancanza del cristallo, il vitreo ridotto a piccola quantità, opaco, cacciato nella regione della zona di Zinn, ed avvolto entro la ialoide ispessita, la quale è conformata ad imbuto coll'apice alla papilla ottica. La retina è opaca, a chiazze biancastre, ed adesa alle coroide in corrispondenza delle chiazze. La forma totale del bulbo è alterata in causa del-

Digitized by Google

l'appianamento della regione leucomatosa e della diminuzione dei diametri della camera vitrea dietro dell'ora serrata, ove la superficie di sezione delle pareti presenta un ispessimento e delle lievi inflessioni equatoriali, riferibili naturalmente all'avvenuto assorbimento dell'essudato, che era sieroso.

Il terzo preparato lascia scorgere un'ulcera perforante della cornea, la lente assimetrica, perchè compressa contro la medesima, il vitreo inalterato, ma diminuito e raccolto nella regione ciliare, ove la ialoide lo limita, foggiata ad imbuto ed ispessita. La retina non aderisce affatto alla coroide. Il bulbo è impiccolito per la riduzione di dimensioni subita dalla camera vitrea al di dietro dell'ora serrata; le pareti anche in questo preparato sono ispessite, ed offrono inflessioni nel senso equatoriale; la retina presenta delle pieghe anche nel senso del meridiano. La ragione dell'ispessimento e delle inflessioni sta nell'impiccolimento del bulbo per l'assorbimento dell'essudato.

Nel quarto spaccato si nota normale la forma e grandezza del bulbo, tranne una leggiera conicità ed assottigliamento della cornea, la quale è inoltre nebulosa all'apice del cono, e presenta una cicatrice lineare alla periferia inferiore. L'iride è atrofica, ed adesa alla periferia corneale; manca il cristallo, e le due capsule sono ispessite e fatte contigue. Il vitreo è denso come mucoso, contenente alcune cellule di pus per l'irritazione cigliare della coroide. Il processo flogistico predominante fu quello della retina, sulla cui superficie concava si osserva una materia giallastra granulosa, che l'ha allontanata: la ialoide ha la stessa foggia imbutiforme. Nella regione anteriore della retina si osserva anche un sollevamento della membrana limitante anteriore, che conserva i suoi rapporti colle fibre connettive a zampa d'oca, le quali sono in conseguenza allungate ed ispessite.

In tutti questi occhi la ialoide rimane sempre fissa alla papilla del nervo ottico per l'aderenza maggiore che ha col medesimo.

Descritti i preparati anatomici relativi al distacco ialoideo, eccomi ad un fatto clinico, che in alcuni periodi manifestò i fenomeni, i quali caratterizzano la lesione anatomica su riferita.

Bonini Camillo, d'anni 14, esercitava nel piccolo paese di S. Giorgio (Bologna), dove è nato, il mestiere del muratore. I suoi genitori sono viventi e sani: ha un fratello, che gode buona salute. Il giovinetto fu sempre sano. Nel febbraio di quest'anno cominciò a provare un continuo senso di prudore all'occhio destro, che nell'aumentare s'accompagnò a fotofobia, annebbiamento di vista e lagrimazione. Dopo un mese gli stessi disturbi colla medesima successione apparvero all'occhio sinistro. In tutto questo tempo e col perdurare di tali sintomi la funzione visiva fu offuscata più di quello che era un mese prima. Devesi aggiungere che in questo frattempo l'infermo veniva molestato da forti dolori alla regione sopra-orbitaria, i quali si esacerbavano nella notte, e gli toglievano il sonno. Affidatosi alla cura d'un medico, giornalmente instillavagli un collirio di atropina. Continuando però le sofferenze dell'infermo, veniva dallo stesso curante inviato alla Clinica Oculistica di Bologna, ove entrava il 18 Aprile 1870.

Esaminato allora il giovinetto, presentava le seguenti particolarità: palpebre contratte per leggiera fotofobia, la congiuntiva palpebrale leggiermente iperemica, la secrezione delle lagrime abbondante; la congiuntiva bulbare in tutti e due gli occhi era normale nella sua parte periferica, senonchè in vicinanza del suo lembo scorgevansi alcuni vasi grossi, che in direzione raggiata raggiungevano il lembo stesso, e molti l'oltrepassavano disponendosi sulla cornea. Questa in ambi gli occhi avea perduta la sua lucentezza e trasparenza, mostrandosi d'una tinta grigiastra, e qua e là era chiazzata in rossigno; la sua curva era leggiermente aumentata. Abbondante infiltrato scrofoloso alterava la sua trasparenza. Non era possibile il travedere il foro papillare. La consistenza dei bulbi era un poco esagerata. — Fatta diagnosi di cheratite diffusa a processo scrofoloso con prolungamento dei vasi congiuntivali e formazione di nuovi vasi, non era ragionevole ammettere alcun'altra affezione intraoculare. — Il giovinetto venne sottoposto alla cura antiscrofolosa (ioduro di potassio, dieta carnea): la cura locale consistette nell'uso del calomelano quando solo, quando associato al laudano, ed avuto riguardo alla tensione intraoculare ed alla diminuita resistenza delle cornee, fu praticata la fasciatura compressiva.

Dopo circa un mese di cura senza avere avuto alcun miglioramento, si notò nell'occhio destro un *notevole rammollimento*, confermato dal palpamento, *la curva della cornea notevolmente appianata, il perimetro corneale anche diminuito, e notevole diminuzione della vascolarizzazione esistente nella stessa membrana*, rimanendovi però l'infiltramento centrale. La vista era in rapporto collo stato dell'infiltramento corneale. Lo stesso fatto si ripetè subito anche nell'altro occhio.

Si sospettò tosto di perforazione corneale; ma la continuità della cornea non era menomamente interrotta. Si credette allora trattarsi di un avvenimento molto grave, di un distacco di retina. Il giovanetto però non aveva mai avute *sensazioni luminose*, ed asseriva che, non ostante tali evenienze, *la sua funzione visiva era come prima che sopravvenissero il rammollimento ed impiccolimento degli occhi.*

In questo frattempo comparvero delle febbri ad accessi irregolari, che durarono circa 20 giorni, e si dissiparono dietro l'uso del chinino.

Digitized by Google

Durante il decubito dell'infermo si notò un fatto singolare, cioè i due occhi si credevano già perduti, quando si osservò che a poco a poco *riprendevano il loro volume e consistenza normale*, diminuiva la vascolarizzazione congiuntivale, e la vista era pure migliore.

Acquistato il volume e la consistenza normale dei bulbi oculari, comparve un catarro congiuntivale piuttosto intenso, che cedette alle pennellature col collirio di nitrato d'argento ed al bagno freddo. Tale era lo stato dell'infermo al 15 Maggio. Ora presenta lo stato che accenno:

Occhio destro. La congiuntiva tarsea e riflessa sono normali, la bulbare dal lembo corneale manda finissimi vasi capillari, rettilinei, che investono i ben tenui residui grigiastri degli infiltramenti ancora residui nelle parti centrali della cornea; questa membrana è affatto trasparente nella zona periferica; iride scorgibilissima e normale; pupilla dilatata ed il campo pupillare nero; la vista migliora in ragione della diminuzione dell'infiltramento corneale; il malato legge il carattere N.° 8 della scala di Jaeger alla distanza di centimetri 30.

Occhio sinistro. Questo occhio presenta gli stessi sintomi riscontrati nell'altro; senonchè l'opacamento centrale della cornea è anche più tenue e più circoscritto, i vasi che vanno alla cornea meno numerosi e più esili, l'iride visibilissima, la pupilla più dilatata dell'altra e rotonda, il campo pupillare netto, la vista anche migliore. In ambi gli occhi sono normali la curva corneale, il volume e la consistenza del bulbo.

La cura praticata consiste nelle acque ferruginose, nel calomelano di Riverio sparso sugli infiltramenti corneali, e nel collirio di atropina instillato nel sacco congiuntivale. Avendo però le dette polveri prodotto sintomi irritativi della cornea, se ne sospese l'uso, e si sostituì un collirio composto di 20 centigrammi di idroclorato neutro di chinina, e di 25 grammi d'acqua distillata.

(Dai risultati ottenuti nella Clinica Oculistica di Bologna, si può fin d'ora asserire, che questo rimedio, suggerito da poco tempo contro le cheratiti suppurative e scrofolose, produce vantaggi positivi).

Il miglioramento dell'infermo è sempre progressivo.

Premetterò ora i caratteri più interessanti del distacco retinico.

Il distacco di retina, se talora è consecutivo alla retinite specialmente nefritica, più spesso è un esito della coroideite sierosa sarcomatosa.

La porzione distaccata della retina fluttua nei movimenti dell'occhio. Il fluido, che si raccoglie sotto la retina, ordinariamente è sieroso, chiaro o gialliccio.

Le indagini anatomiche ed i reperti oftalmoscopici non hanno tuttora deciso, se gli stravasi sanguigni tra retina e coroide, restando integre le pareti esterne dell'occhio, e conservandosi normale la pressione intra-oculare, producano il distacco retinico.

Caratterizzano il distacco di retina la mobilità della parte distaccata, e l'offrirsi dello stesso distacco sotto forma di superficie liscia e leggermente curva o gibbosa, e percorsa da solchi rientranti. Il colore della porzione distaccata della retina varia secondo che il distacco è recente, o di lunga data, e secondo la qualità degli umori contenuti tra la retina e la coroide, come pure a seconda dello stato di infiammazione o di atrofia della stessa parte distaccata. Spesso è di color grigio azzurro, o bianco-latteo, oppure trasparisce il rosso giallo della coroide; talvolta vi ha pure del pigmento. I vasi si disegnano sulla superficie fluttuante, e spesso appariscono più scuri e di calibro maggiore dello stato normale. In caso di atrofia sono obliterati e di color bianco-cretaceo; nelle deposizioni abbondanti dell'essudato sono velati a tratti. Nel muoversi della parte distaccata, siccome in essa trovansi, oltre il pigmento, anche cristalli di colesterina, sotto i movimenti del bulbo, vi ha un moto vorticoso in vari sensi di svariati oggetti, quale si osserva nel caleidoscopio mosso. Fissato il bulbo, gli oggetti ritornano nei loro reciproci rapporti di posizione.

Mancando l'infiammazione e l'atrofia della parte distaccata della retina, questa mostrasi all'infermo come una macchina grigio-scura e vuota nel campo visivo. Quando essa comparisca all'improvviso, è segno diagnostico interessante.

Il malato si lagna d'incurvamento, talora d'interruzione ed obliqua posizione degli oggetti messi sul confine della macchia anzidetta. Raramente la metamorfopsia colpisce l'intiera porzione chiara del campo visivo.

Nel distacco retinico successivo a coroideite sarcomatosa, la porzione di retina distaccata, essendo tesa sul tumore della coroide, resta immobile. Versandosi anche in tal caso un fluido tra il tumore e la retina, riesce allora difficile la diagnosi dell'affezione primitiva.

Accennati alcuni caratteri del distacco di retina, interessa che sia notato come i sintomi obbiettivi di atrofia dell'occhio, manifestatisi con rammollimento ed impiccolimento dei bulbi, nonchè con appianamento corneale, osservati prima nell'occhio destro e poco dopo nel sinistro, finora rappresentassero od un distacco di retina, od una perforazione del bulbo oculare.

Se non che nel distacco della retina non può mai mancare la *limitazione del campo visivo*, la quale limitazione è corrispondente e proporzionale all'estensione e posizione della retina distaccata. Or bene, essendo la limitazione del campo visivo eguale alla diminuzione della facoltà visiva, è

Digitized by Google

evidente che al massimo grado di limitazione del campo visivo corrisponderà l'abolizione completa della vista: di più, tanto la diminuzione, quanto l' abolizione della facoltà visiva dipendenti da distacco di retina sono tuttora incurabili, per quanto la chirurgia siasi provata a correggerle, imperocchè la stessa punzione dell' occhio, che fu proposta come mezzo atto a scongiurare il male, ordinariamente non sorte neppure l'effetto d' impedire l'aumentarsi del distacco. Ma se l'arte è impotente contro il distacco della retina, sarà mai possibile le riapplicazione spontanea della medesima? Il Dottor Wecker asserisce di aver veduto un caso di guarigione spontanea di distacco retinico, che fu indi seguito da ricaduta: lo stesso scrittore soggiunge che non si constata l' integrità quasi completa degli elementi della retina distaccata, se non quando la causa del distacco non abbia prolungata la sua azione al di là di un tempo assai corto, ed allorchè la porzione della membrana nervosa distaccata dalla coroide è pochissimo estesa per non aver sofferto degli stiragiiamenti alquanto intensi nel distaccarsi. Nel distacco retinico poi esteso, e che complica un processo inflammatorio grave, la retina non tarda a presentare i segni della degenerazione grassosa, cui succede la sclerosi della trama connettiva con atrofia degli elementi nervei.

Con ciò credo di aver dimostrata l'incurabilità del distacco retinico, se l' osservazione clinica non comprovasse che il distacco di retina pur troppo è frequente ed incurabile.

Il diagnostico del distacco di retina prima della immortale invenzione di Helmholtz era possibile sol quando la retina distaccata arrivava al di qua del foco dei mezzi rifrangenti dell' occhio, ed il morbo era conosciuto sotto il nome d'idropisia sotto-retinica. E siccome allora sfuggivano quei casi di distacco aventi sede al di dietro del suddetto foco, così tal malattia fu creduta piuttosto rara. Inventato però l' oftalmoscopio, la diagnosi del distacco di retina divenne facile, tranne quando si tratti di differenziarlo dal distacco di ialoide, essendo allora facile che l' un morbo sia equivocato coll' altro, e quando il distacco retinico sia assai limitato ed esistente verso le parti periferiche della retina.

Sono indotto ad ammettere tale opinione dall' avere finora gli Oculisti riferito esclusivamente al distacco retinico ed a perforazione dell' occhio il rammollimento e l'impiccolimento del bulbo oculare, e dall' avere scritto lo stesso Wecker le seguenti parole: j' ai pourtant vu quelques cas dans lequelles un décollement partiel de la rétine était demeuré plusieurs années stationaire, l'acuité de la vision de la tâche jaune étant maintenue, et l' atrofie très avancée (1).

(1) Traité des maladies des yeux. Paris, tom. 2°, pag. 755.

Io, stando alle parole dello stesso scrittore, ritengo che il medesimo nell' esame oftalmoscopico abbia riscontrato sintomi comuni sì al distacco di retina che a quello di ialoide, e che in causa di ciò abbia equivocato una malattia coll'altra; imperocchè in altra guisa non poteva ciò avvenire, che ammettendo somiglianza dei sintomi tanto funzionali che oftalmoscopici; se non che i sintomi funzionali accennati e messi in rapporto coll' alterazione anatomica stanno piuttosto a significare un distacco di ialoide.

Del resto anche ammesso che si trattasse di distacco retinico, quel che lo stesso scrittore disse nelle parole succitate, mal si concilia con quanto dice intorno al distacco cronico di retina; imperocchè lo stesso autore ammette qual fatto incontrastabile, che il distacco retinico cronico non solo aumenta, ma che la parte distaccata della retina va soggetta a degenerazione grassosa ed in seguito a sclerosi. Ciò ammesso, il distacco retinico cronico, di cui parla Wecker, dovea necessariamente produrre l'amaurosi. Essendosi invece conservata l'acuità della facoltà visiva, perdurando i sintomi di atrofia del bulbo, io penso in quel caso si trattasse di distacco di ialoide; ammettendo la quale ipotesi, s'intenderà da quanto sto per dire, in che modo, persistendo l' impiccolimento ed il rammollimento dell'occhio, si conservò la facoltà visiva.

Il complesso dei sintomi accennati dal precitato oftalmologo, per quanto riguarda la malattia endoculare, è affatto identico a quello del mio infermo, imperciocchè in entrambi gli ammalati, nello stesso tempo che l' impiccolimento ed il rammollimento dell' occhio erano massimi, la facoltà visiva si conservava inalterata.

Concludo perciò, che se al Wecker fossero stati noti gli studi intorno al distacco ialoideo fatti dal Prof. Magni, probabilmente il medesimo avrebbe diagnosticato un distacco di ialoide.

Mi duole però di non poter stabilire alcuni caratteri diagnostici differenziali desunti dall'esame oftalmoscopico fra il distacco di retina e quello di ialoide, come avrei fatto, se l'opacamento corneale, avvenuto nel tempo che nel Bonini riscontravansi i sintomi di atrofia dell'occhio, non me lo avesseso impedito di fare; traccierò quindi una diagnosi differenziale tra il distacco di retina e quello di ialoide, desumendola dai sintomi funzionali, nonchè dalla sede diversa del processo inflammatorio, il quale per mezzo dell' essudato, che produce, ora dà luogo al distacco retinico, ora a quello di ialoide, secondo che l'essudato proviene dalla faccia concava della coroide, o dalla faccia concava della retina.

Dalla storia della malattia del Bonini risulta che l'atrofia degli occhi e l'appianamento corneale coesistevano collo stato normale del campo

Digitized by Google

visivo e della sensibilità specifica della retina, non essendo in nessun modo alterata l'imagine dell'oggetto guardato, la quale era soltanto coperta da una nebbia, ove l'oggetto fosse fissato nella direzione dell'asse principale della cornea, riscontrandosi nel centro corneale un infiltramento scrofoloso.

Quando i sintomi atrofici dell'occhio fossero stati nel Bonini subordinati ad un distacco di retina, era necessaria la limitazione del campo visivo, la quale dovea essere proporzionale all'estensione e posizione della retina distaccata dall'essudato versatosi nell'interstizio retino-coroideo. Essendo però mancata la limitazione del campo visivo, è necessario escludere l'ipotesi del distacco retinico; ed essendosi anche constatata la mancanza di lesione di continuo della cornea, dovrassi pur escludere l'ipotesi della perforazione della medesima. I sintomi atrofici degli occhi nel mio infermo saranno stati essi prodotti dal distacco di ialoide? Ed in questo caso, quale dovea essere la sede dell'iperemia flogistica, che produsse l'essudato, il quale alla sua volta determinava il distacco della ialoide? E in fine, in qual modo potè conservarsi la facoltà visiva, perdurando i sintomi di atrofia oculare? Nell'ipotesi del distacco di ialoide la retina rimane aderente alla coroide, ed è immune da profondi cambiamenti, che ne alterino la funzione, come risulta dagli studi del Prof Magni sullo stesso argomento. Si intende quindi, che la funzione della retina doveva conservarsi normale. Ma dalla descrizione dei preparati anatomici, che feci in principio, risulta anche che l'essudato liquido e trasparente, versatosi dalla faccia concava della retina, caccia la ialoide dal polo posteriore dell'occhio verso l'ora serrata e verso la parte centrale dell'occhio medesimo, ed il vitreo è diminuito e contenuto entro l'imbuto formato dalla vesicola ialoidea; risulta anche, che il processo infiammatorio, che produce l'essudato, ha sede nella retina, e che l'essudato, perchè liquido, è capace di essere assorbito.

La sede dell'infiammazione era la retina, e dalla faccia concava della medesima si versò l'essudato tra la retina e la ialoide, formando un interstizio retino-ialoideo. L'iperemia flogistica della retina dovea per altro essere superficiale.

Nel corso del distacco ialoideo, fatto l'assorbimento dell'essudato, si riproduce il vitreo; cosicchè l'occhio riprende il volume e la consistenza normale. Ciò posto, è facile l'ammettere, che il distacco ialoideo produsse nel mio infermo l'impiccolimento e rammollimento del bulbo, che la vista si mantenne normale, perchè la retina era totalmente aderente alla coroide, e perchè l'essudato probabilmente era trasparente; si intende inoltre, che il distacco essendo recente si riprodusse il vitreo, che mancava, e la ialoide potè in tal modo riprendere le sue dimensioni normali; l'occhio quindi potè poi riacquistare la consistenza e volume primitivi.

Si potrebbe però supporre, che l'essudato esistente nell'interstizio retino-ialoideo dovesse passare nel vitreo mercè le correnti osmotiche attraverso la ialoide. Ma a tale ipotesi, contraddetta dai fatti anatomici, sta contro quanto la fisica insegna intorno alle membrane vitree; questa scienza ha diffatti provato, che le membrane vitree, tra cui annoverasi la membrana ialoidea, sono prive delle proprietà osmotiche; si sa poi dall'istologia, che nelle parti posteriori della ialoide mancano le grosse cellule, alle quali è devoluta la proprietà delle correnti osmotiche tra l'interno e l'esterno della vescicola ialoidea: tali cellule trovandosi soltanto in corrispondenza della zona cigliare, ivi soltanto si effettuano le correnti osmotiche; nulla avviene di ciò nelle parti posteriori della ialoide. La ialoide dovrà quindi distaccarsi dalla retina, una volta che è avvenuto l'essudato dalla faccia concava della medesima ed in corrispondenza della papilla ottica, alla quale la ialoide resta però aderente, forse perchè l'arteria centrale del vitreo atrofizzata è capace di resistere al sollevamento.

Ripristinatosi l'umor vitreo, la cornea mercè la sua elasticità riprende il suo perimetro normale.

S'intende per tutto ciò, come nel Bonini durante il periodo di atrofia oculare l'annebbiamento della facoltà visiva era in rapporto esclusivo coll'infiltramento della cornea, restando affatto indipendente dallo stato della retina. Credo in tal modo di avere provato col mezzo dell'osservazione clinica e dell'anatomia patologica, che i sintomi di atrofia dell'occhio, conservandosi per altro inalterata la facoltà visiva, se finora stavano a significare od un distacco di retina, od anche la perforazione dell'occhio, ora però gli stessi sintomi, quando si conservi normale il campo visivo, dovranno esclusivamente attribuirsi al distacco della ialoide.

È di non lieve interesse il differenziare il distacco di ialoide da quello della retina, inquanto che la prognosi del distacco retinico è sempre infausta, mentre quella del distacco di ialoide talvolta è favorevolissima, come lo mostra il caso attuale.

Esorto infine i cultori dell'oftalmoiatria, acciò si adoperino nel completare lo studio clinico intorno al distacco ialoideo, del qual fatto clinico, per quanto io sappia, nessuno finora avea fatto menzione nelle pubblicazioni di oftalmoiatria; e propongo che tra gli esiti della retinite sia compreso il distacco di ialoide. Prima di porre fine a questo mio scritto, sento il dovere di rendere pubblici ringraziamenti all'esimio Prof. Magni, che volle affidarmi l'illustrazione di sì interessante caso di patologia oculare.

Bologna, Luglio 1870.

Digitized by Google

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

Memoria premiata con premio d'incoraggiamento al concorso Cagnola dal R. Istituto Lombardo

PARTE QUARTA

TERAPIA DELLA PELLAGRA

Ma ad ogni modo, una volta scoppiato il male, si tratta di guarirlo. E qui di nuovo ritorna in campo la quistione della lauta nutrizione. — Io, pel primo, convengo che la lauta nutrizione, carnea specialmente, giovi al pellagroso; che molte volte, *non sempre*, lo conduca a momentanea guarigione. Questa guarigione molto bene si spiega pel marasma di alcuni visceri, del cardiaco in ispecie, prodotto dal veleno, e che il vitto carneo arresta o fa cessare; ma, sopratutto, perchè il vitto carneo e l'alcoolico diventa per esso un vero metodo del *Training*, metodo che giova in quasi tutte le malattie croniche; un organismo, sottoposto ad una completa mutazione degli elementi dell'alimentazione, e alle volte anche del respiro, deve, naturalmente, subire una trasformazione, che qui tanto più è benefica, inquantochè esso, per la molta miseria, spesso fu sottoposto ad una vera inanizione, e come che, molte volte, il veleno maidico induce l'atrofia di alcuni organi, atrofia che dal ricco alimento è debitamente curata.

Ma questa cura non può attivarsi, altrimenti, che negli ospedali, e quindi appena in un ventesimo, alle volte in un centesimo dei casi. — Anche in questi casi non sempre trionfa; comechè vi sieno pellagrosi che si alimentarono, prima, sufficientemente bene, ed a questi la buona alimentazione non giova più; ed altri pellagrosi vi sieno robusti, ben nutriti, e a cui quindi non giova a nulla la lauta dieta, e sono forse i casi più ribelli al trattamento. — D'altronde, io chiamo a testimoni tutti i medici condotti ed anche gli ospedalieri. Quanto tempo perdurano in buono stato nelle loro case questi pellagrosi guariti colla buona carne degli ospedali? Spesso non più di una settimana, di un mese, e se ne possono leggere appunto le prove nelle storie dei pellagrosi curati dal Marenghi e dal Cambieri in campagna.

Lo stesso dicasi dei bagni, della doccia fredda, che ho veduto migliorare, bensì, le condizioni paresiche, le cutanee, le sensazioni dolorose di scottore dei pellagrosi; giovare a prolungarne, o a renderne più tollerabile, l'esistenza, migliorarne la nutrizione, ma non mai a guarirli radicalmente.

In alcuni pellagrosi, poi, come bene mi facevano osservare il Dott. Billi e il Prof. Michelacci, per quella contraddizione che si nota in tutta la sintomatologia della pellagra, esiste una vera avversione al bagno, e non è possibile applicarlo, ed, applicato, punto loro non giova.

Io volli esperimentare, colla tenacia ispiratami dalla convinzione di essere nel vero, se si poteva trovare, al di fuori della dieta lauta, un presidio contro alla pellagra, un presidio veramente farmacologico; e tanto più mi vi ostinai, dopochè acquistai la convinzione, che essa era l'effetto di una intossicazione, e non di una insufficiente alimentazione, e che quindi potea trovarsene un antidoto, come dell'intossicazione alcoolica lo si trova nell'oppio, della sifilitica nel mercurio, della mercuriale nello iodio.

Procedetti, nelle esperienze, partendo dall'idea, che in tutte le malattie, anche in quelle per intossicazione, non vi sono malattie tipi, ma sì bene malati, e che si deve cercare, nella terapia, quel rimedio, che giova non tanto a curare la radice del male, che è come la *causa prima*, non troppo facile a cogliersi, ma, sì bene, il maggior numero dei sintomi.

Zolfo. — Esperimentai, per molto tempo, lo zolfo internamente a piccole dosi di ½ a 3 grammi al giorno. Non notai alcun utile effetto, anzi nemmeno quelle azioni solite dello zolfo sulla cute e sulle prime vie.

Ferro. — Mi rivolsi al ferro, sia ridotto coll'idrogeno, sia nell'acqua di Recoaro, di Peio, sia sotto forma di malato, e di percloruro; e notai molte volte esacerbazioni intestinali, palpitazione cardiaca aumentata, ma nessun miglioramento, meno nei casi, in cui, in seguito al miasma palustre o per una speciale, assai rara tendenza della intossicazione, esisteva un'avanzata anemia; - ma, in questi casi, del resto più rari che non si creda, vidi il ferro (Lorini, Torti) produrre meno prontamente l'effetto dell'arsenico, e meno certo che nei casi di non pellagrosi; spesso poi lo vidi affatto impotente. — Insisto molto su questo, perchè mi venne veduto nella pratica abusarsi del ferro nella cura dei pellagrosi, specialmente dai medici giovani, preoccupati dalle scuole germaniche (in Germania l'anemia è malattia frequentissima), che trovano anemia in tutti i mali, sopra

Digitized by Google

tutto nei poco studiati, e che quindi credono i fenomeni della pellagra sieno l'effetto dell'anemia. — Una nuova conferma poi alle mie osservazioni, sul nessun vantaggio del ferro nella pellagra, trovai nei paesi di Taceno, Tartavalle e più ancora di Recoaro, dove la pellagra fa strage in ispecie sotto forma suicida; eppure là l'affluenza dei bagnanti vi apporta una relativa agiatezza, e le acque ferruginose vi dovrebbero prevenire e soffocare i sintomi pellagrosi, se il ferro giovasse nella pellagra.

Finalmente le mie osservazioni cliniche ottennero la controprova preziosa dall'esame globulimetrico, che mi dimostrò, come sia frequente nei pellagrosi, non solo la normalità, ma perfino l'eccesso dei globuli.

Iodio, Grafite, Carbonato di calce. — Ricorsi pure senza vantaggio per molti mesi, allo iodio, alla grafite, al carbonato di calce, all'olio di merluzzo col protoioduro di ferro.

Oppio. — Due volte ebbi risultati felici coll'oppio, in individui soggetti a viva panofobia, e qui l'oppio agiva come nella mania ordinaria.

I casi sono i seguenti:

Grossi Antonio di Cervesina, contadino, d'anni 48, entrò nella mia clinica il giorno 7 Aprile 1869. Nacque da genitori, che morirono di pellagra; ebbe un nipote per parte di sorella condannato in galera per assassinio. Da due anni avverte formicolio al dorso e diarrea; da un anno indebolimento nelle facoltà psichiche; è assai magro; vestito pesa chilogr. 52. 400; presenta verruche sulla faccia, capelli abbondanti, mancanza quasi completa dei denti; fronte sfuggente all'indietro, ristretta e bassa; cranio brachicefalico, diametro antero-posteriore 170, diametro trasverso 170, circonferenza 540; occhio piccolo, iride tigrata, pupilla leggermente ineguale, cataratta capsulare incipiente; bocca stirata un po' a destra. Nulla di anormale al torace. — Calore di poco aumentato sensibilità dolorifica normale, fisionomia spaventata; incesso incerto; è taciturno; fissa di dover esser tratto in galera invece di quel tal suo nipote; tutto lo spaventa ed inquieta. — Sottoposto alla cura dell'estratto d'oppio, 30 centigr. al giorno, dopo un mese di cura cessa dalla taciturnità, ha fisonomia meno spaventata, chiede dei suoi; solo lagnasi di cefalea, che, però, a poco a poco scompare. Nel 24 Giugno lascia la clinica perfettamente guarito.

Cova Giuseppe di Pieve d'Albignola, contadino, d'anni 45, entra il 26 Dicembre 1862; - orfano, di parenti che morirono per malattie accidentali, ebbe una sorella che a 30 anni morì pellagrosa, ed un figlio che ad otto anni manifesta già fenomeni pellagrosi. Egli si cibava, quasi esclusivamente, di polenta e pane giallo; ebbe a soffrire varie malattie intestinali. Nel 1856 trovandosi a sorvegliare un malato di colera asiatico, ne concepì tale spavento, che d'allora in poi divenne delirante; inferociva contro sua moglie, dicendo che essa avea rubato in una chiesa, e che per sua cagione egli doveva esser condannato a morte. — Trasportato in un ospitale come affetto da meningite, venne curato con salassi e sanguisughe, nè con buon esito; chè in capo a otto giorni, alla prostrazione generale tenne dietro uno stato di esaltamento maggiore, per cui passava giorni e notti insonni, altro non proferendo che: «Salvatemi dalla morte, io non sono un ladro.» Dopo questo stadio, che durò per più settimane, venne attaccato da diarrea, e si fece taciturno.

All'esame mi appare assai emaciato, con capelli e barba grigiastra, eritema sul dorso delle mani e piedi, traccia di essudati pleurici al lobo superiore del polmone destro; pesa chilogrammi 53 ¾; urina del volume di grammi 1800, peso spec. 1019, acida. Immobile continuamente nel letto, così che i muscoli degli arti gli si atrofizzano, si lagna dei suoi nemici, che lo vogliono morto; sopratutto odia la famiglia sua, e quelli del suo paese.

Essendovi diarrea, somministrai il decotto di riso, poi il calomelano, che, unito a docciature di acqua fredda sul ventre, arresta la diarrea. Il delirio, invece, perdura.

Finalmente lo sottoposi a dosi sempre crescenti di oppio, da 20 centigr. di estratto sino ad ½ gr. al giorno; ed egli dopo due mesi di questa cura cominciava già a rimettere del suo delirio di persecuzione, e finalmente ad irrobustire, ingrassare, escire dal letto, muoversi; dopo sei mesi di questa cura guariva definitivamente, nè più è recidivato.

Paullinia, Calomelano. — Ricorsi con molto vantaggio alla paullinia ed al *calomelano*, nei casi di profusa *diarrea*, unita a nevrosi del simpatico, come nel maggior numero delle storie di cui sotto, specialmente Boccaccia, Torti, Cavallini, Ferrari, Cova, e come principalmente nel seguente caso, che tanto interessa la patologia della pellagra per le complicazioni nervose del gran simpatico.

Casali da Monticelli, pavese, d'anni 37, contadina, perdette la madre per grave affezione cerebrale, il padre per malattia acuta, che la paziente non sa ben determinare. Visse poveramente.

Nel Novembre 1868 presenta fenomeni pellagrosi; nel 1869, in Marzo, le apparve desquammazione alle mani e diarrea, e sente un desiderio vivissimo di gettarsi nell'acqua, e caduta in delirio pensava sempre all'acqua. Questi fenomeni però sono intermittenti, poichè un giorno stava tranquilla solo lagnandosi di enteralgia, il giorno dopo delirava e tentava gittarsi nell'acqua.

Entrata da noi nel 18 Maggio 1869, troviamo un individuo molto denutrito, del peso di 39 chilogr., il capello bianco, le pupille ristrette, e la sinistra più dilatata, il cranio regolare, i denti ben conservati, il dorso delle mani desquammato, le orine pallide, il polso frequente (102); il calore sulla metà destra del corpo è di 37, 20, sulla metà sinistra di 36, 90. Accusa dolori vivi alla metà destra del capo ed alla gamba destra; sente nell'orecchio destro un tintinnio simile ai battiti di un orologio, e vede meglio dall'occhio sinistro che dal destro; l'affettività verso il marito è ben conservata, l'intelligenza è viva e chiara, ma ciarla più dell'ordinario, e quando comincia non finisce più; qualche volta accenna a delirio di persecuzione.

Vien curata coll'acido arsenioso alla solita dose. Cessa dal delirio, se non che al 3 Giugno le com-

Digitized by Google

parve diarrea, per il che si sospende l'arsenico, e si somministra prima il magistero di bismuto per clistere e poi le frizioni d'olio di terebentina, ma a nulla giovando questi rimedi si intraprende la cura del calomelano levigato nella dose di 5 centigr., sospeso in 300 gr. d'acqua, al giorno; e dopo cinque giorni si sospende la diarrea. Col 20 Luglio si ha recidiva, che cessa coll'eguale rimedio.

Esaminata al 30 Luglio, il peso risulta di chilogrammi 44, si ha quindi un aumento di chilogr. 5; le due pupille sono pressochè eguali, però ad un attento esame si vede esser la destra leggerissimamente più coartata della sinistra. Il calore della metà destra del corpo confrontato con quello della metà sinistra è ancora un po' aumentato, avendosi per l'orecchio destro 37, 10 mentre pel sinistro non si ha che 36, 94. Soffre ancora cefalea a destra, ma però non così grande come in principio.

Cloruro di sodio. — In quella forma di pellagra che già descrissi col nome di pellagra con arresto di sviluppo del corpo e del sistema genitale, e nella pellagra che colpisce i bambini, ebbi stupendi risultati dalla semplice cura delle frizioni di cloruro di sodio.

Sopra 10 casi di questa forma accolti nel mio ospedale un solo morì per malattie accidentali e dopo aver dato segni di notevole miglioramento nella forma psichica e nell'atrofia generale (vedi parte v., storia di Bernassoni). — 6 guarirono completamente, e 2 che non volli contare tra i guariti, pure sono migliorati siffattamente, che non si riconoscono più da quello che erano (vedi le storie di Maggi e di Croci nella parte III.): 1 solo, finalmente, resistette ad ogni cura; è il pellagroso ereditario Allieri, bambino che ha un cranio così mal conformato per ultradoligocefalia da poter giustificare l'impotenza di qualunque rimedio.

I casi di guarigione sono i seguenti:

Grandi Luigia contadina (1), di Voghera, d'anni 16, offre nell'albero gentilizio la madre morta di enterite pellagrosa e pazza, gli zii materni pellagrosi, vertiginosi, il nonno paterno idropico e, dicono quei medici, cardio-epatico (?); il padre soffrì di tifo, un fratello morì di meningite, un altro è sano.

Essa a 13 anni patì, in primavera, di diarrea e vertigine, per cui alcune volte cadeva a terra; più tardi tradita dall'amante ne sentì un vivo dolore; malgrado ciò, attese sempre assiduamente al proprio lavoro, guadagnando L. 20 al mese.

Nel Novembre 1868 prese a delirare, stracciarsi i capelli, dichiarando che voleva uccidersi, annegarsi.

Venuta da noi, troviamo una ragazza ben nutrita, piccola, del peso di 51, 700, con la pelle morbida e delicata, però sparsa di cloasmi alla fronte; il capo era alquanto mal conformato, ultra-brachicefalo, piramidale, del diametro longitudinale 176, trasversale 160, circonferenza 520, curva trasversale 300, longitudinale 340. I zigomi molto allargati (130). Mammelle poco sviluppate; manca il pelo al pudendo; in complesso presenta l'aspetto di una ragazza di 10 anni. Le orine pallide, 1020, calore 35, 60; sensibilità tattile, e dolorifica, ben conservate; affettività normale. — Resta per lo più immobile in un canto, taciturna, si straccia qualche volta i capelli, si sporca indosso; ora ripete sottovoce le parole degli altri, ora bestemmia. Nel Marzo 1859 s'ammala di bronchite capillare, e durante la malattia diventa più aperta, si esprime chiaro, benchè laconicamente. Guarita della malattia ritorna alquanto insolente colle compagne, taciturna e stizzosa. Al 2 Maggio, all'improvviso le si rileva una leggera desquammazione alle mani, calore 35, 60; fu allora che si potè fare diagnosi, precisa, di pellagra, e la si sottopose alla cura del cloruro di sodio. Nel 10 Maggio si notò tonsillite e recidiva della stupidità, ma al 25 Maggio l'intelligenza era perfettamente normale, per cui fu dimessa. Il peso del corpo però era diminuito leggermente, essendo di chilogrammi 50.

Faccioli Giuseppa, d'anni 16, ha sano il padre e la madre, la quale ultima però è un po' corta di intelletto; robusto e sano l'unico fratello, due ne morirono precocemente; tutti fecero e fanno uso di maiz, benchè godano di un relativo stato di agiatezza.

Questa ragazza fino a 14 anni fu sanissima, e così intelligente, che andando a scuola imparò a leggere e a scrivere, e ne riportò parecchi premii scolastici.

A 14 anni fu presa, nel Maggio 1862, da desquammazione alle mani, da gonfiore ai piedi, vertigini e cefalee gravi, e qualche febbricciatola: tentava dopo un mese di levarsi dal letto per attendere ai lavori campestri, ma dovea ben presto ritornare in casa e all'ombra, perchè il sole le dava grande fastidio agli occhi, e aumentava le vertigini tanto che cadeva al suolo, e le faceva anche arrossare e gonfiare le mani e le braccia, e risvegliava un senso come di biscia nella pancia; all'ombra, in casa, pativa molto meno. In Settembre guariva del tutto, ma nell'anno successivo, e precisamente nel Maggio, recidivò, e guarì in Settembre.

Nel 1864, io l'ebbi a visitare, e la trovai molto macilente, triste, taciturna, piagnolosa, e coperta da desquammazione nel dorso, alle mani e alla fronte, con coloramento oscuro della pelle, e gonfiezza dell'estremità, cefalea frontale, debolezza, febbricciatole irregolari, diarrea.

Nel Settembre 1867 venne da noi; troviamo un individuo molto mal nutrito, dell'altezza di metri 1, 52 centim., del peso di chilogr. 58 e 600 gr., mancante di peli al pudendo, appena accennate le mammelle, ben conformato il torace, sano il cuore e i polmoni, il cranio ben conformato, della circonferenza di 53 centim., curva longitudinale 35 centim., trasversa 30, altezza della fronte 4; nessuna traccia di desquammazione alle mani, un cloasma molto esteso alla faccia, la quale non offre le proporzioni normali, presentando schiacciato il naso, allargati i zigomi, piccoli ed approfondati, e alquanto divergenti gli occhi; sensibilità tattile diminuita, dolorifica ben conservata; camminava stentatamente, cercava restare accovacciata, colla testa coperta dal braccio sini-

(1) Questo ed i seguenti 5 casi gioveranno a dare un idea esatta e una prova sicura dell'esistenza e della forma di quella specie di *pellagra*, che io chiamo *con arresto di sviluppo*, e di cui non potei che dar brevi cenni alla parte II. cap. XIII.

Digitized by Google

stro, in modo da non vedere la luce e le persone; costretta a muoversi, lo faceva con grande ribrezzo, e mostrava rigidità sopratutto nell'estensione, e timidità singolare specialmente colle persone che non fossero del popolo; spesso rifiutavasi al cibo, e più spesso diceva di non volerlo mangiare, ma quando poi la si lasciava sola col cibo, mangiava; aveva scelto un certo luogo speciale sulle scale per emettere le orine, e se non la si lasciava andare in quel sito, si lordava addosso; ripeteva continuamente, ora che a casa avea un bell'uccello, ora che voleva andare a dormire, perchè presa da una continua sonnolenza; pareva non istesse bene, se non col capo accovacciato nelle coltri, o col corpo bocconi sul letto, e a chi le impedisse di dormire, dava pugni e calci; del resto non parlava mai con alcuno, se non negli ultimi due mesi, nei quali riesciva a tranquillarla e a farla mangiare; quando però veniva sua madre, le borbottava parole affettuose, salvo però a ritornare, dopo, più triste di prima.

Narrava la madre che la accompagnò, che nel Natale 1866, essendo andata in chiesa con alquanta ricercatezza nel vestiario, fu burlata dalle compagne, ed essa ne sofferse tanto, che si chiuse in un granaio e non ne volle più discendere, minacciando con pugni e calci chi la voleva smuovere.

Curata da noi col cloruro di sodio, e alimentazione artificiale, migliorò; comparvero per la prima volta i menstrui nell'Aprile 1868, e al primo Maggio incominciò a non rifiutarsi agli alimenti, ad addomesticarsi con una compagna, a mostrare meno ribrezzo alla vista delle persone; nel 25 Giugno, quando io l'ebbi a dichiarare guarita, presentava un aumento di 9 chilogrammi nel peso del corpo; le mammelle abbastanza sviluppate, comparsa dei peli al pudendo; dei gesti suoi bizzari non le era rimasto che qualche leggier ticchio abituale, che essa giustifica colla vergogna di aver rasati i capelli, e col desiderio di nascondere la tonsura; desidera vivamente che la si fornisca di un abito più decente, domanda del lavoro, e lavora assai bene, anzi impara per la prima volta un genere di ricamo nuovo a tre punti; domandata, ricorda dettagli della sua giovinezza; e quali sintomi aveva offerto nel 14.° anno, ed i rimedi somministrati dal medico condotto, e le prescrizioni igieniche di questo, dettagli che poche contadine certo, che non fossero fornite di speciali doti intellettuali, saprebbero risovvenire.

Beretta Luigia di Albuzzano, d'anni 23, contadina, entrò nella mia clinica il giorno 11 Luglio 1864, per mania pellagrosa. — La nonna morì pellagrosa alla Senavra; la sua madre divenne isterica dopo un parto; il fratello e il padre sono bevitori; due sorelle perfettamente sane.

La statura dell'infelice non sorpassa un metro e quaranta, il peso di 32 chilogrammi, i capelli biondissimi, gli occhi grigi, la pelle dilicata, con lieve desquammazione sul dorso delle mani, i denti sani; mancano i peli al pudendo, le mammelle sono atrofiche come in una bambina di 10 anni, mancano affatto i menstrui. Da noi nei primi tre mesi non manifestò che una grande paura all'avvicinarsi di qualunque persona, ed una rigidità singolare per cui si sarebbe detta una tetanica. Stava aggringhiata agli angoli delle pareti, in piedi, immobile; la si doveva forzare per il cibo, forzarla per vestirsi, e tuttavia, a rari intervalli, rilevavamo che tutte queste bizzarrie non prevenivano da lesioni dell'intelletto. Ogni tratto diceva sottovoce, e quasi temendo che qualcuno l'ascoltasse: «Io non posso a meno di fare così, e so bene che non è giusto.» Alla vista delle sorelle rompeva l'abituale mutismo per dare dei consigli d'una singolare precocità. Dopo tre mesi, in seguito all'uso dei bagni di sale, e coll'uso dello stesso cloruro internamente, migliorò alquanto nella nutrizione. I menstrui vennero scarsissimi, ma vennero; la rigidità muscolare s'allentò. Al quarto mese il miglioramento era così grande che si poteva impiegarla come infermiera, e d'allora in poi notammo in lei un'intelligenza superiore alla sua età, alle sue condizioni domestiche. Al quinto mese il peso era aumentato di otto chilogrammi, le mammelle erano alquanto sviluppate, i menstrui regolari, e venne dimessa perfettamente guarita, e tale perdura tuttodì.

Varesi Maria di Monte Beccaria, di anni 22, entrò per mania pellagrosa il giorno 26 Ottobre 1864. — Essa conta tra i suoi parenti un padre bevitore, una madre semi-cretina e pellagrosa ed affetta da eczema, due zii epilettici. Essa sarebbe impazzita sei mesi sono in seguito al forte spavento incussole per stupro tentato e non compito sopra di lei. I parenti raccontano che tardi menstruata, a 20 anni, appunto nel primo comparire dei menstrui, sofferse lo spavento, e subito dopo le si soppressero questi, e comparve l'eritema pellagroso e insieme la mania.

Nè noi stentiamo a credere all'esattezza di questo racconto, perchè l'esame fisico ci fa sospettare, che la pubertà non siasi mai sviluppata completamente.

Di statura mediocre, metri 1,46, mammelle atrofiche, qualche pelo sul pudendo, barba sul mento, eritema pellagroso sul dorso dei piedi e delle mani, ha un cranio quasi microcefalo, 50 centimetri la circonferenza, 30 la curva longitudinale, 31 la curva trasversa, 10 la larghezza nella fronte, 4 la altezza, il diametro longitudinale di 178 millimetri, il trasverso 136. — La fisionomia arieggia quella di un fratello, che è sano di mente. Pupilla mobile; le orine pesano 1016, poco acide, con molta uro-glaucina.

L'affettività era ben conservata, anzi alquanto esagerata; l'intelligenza alquanto più torbida. Si lagna di essere battuta, ripete continuamente che vuole andar fuori, colle stesse intuonature di voci, e colle stesse gesticolazioni, a tutti i momenti. Presenta anch'essa una grande rigidità muscolare, ed una inettitudine ai movimenti coordinati, per cui resta seminuda nel giorno, e semivestita nel letto se altri non la soccorra. Eppure ogni tratto anch'essa esce fuori in epigrammi superiori alla media intelligenza della sua classe; ogni tanto è presa da diarrea. Colla lauta alimentazione, coi bagni di sale e col sale per uso interno, e qualche pillola di ioduro ferroso, essa migliorava nella nutrizione in sette ad otto mesi, e qualche poco nell'intelligenza, non così però che non continuasse le sue accuse abituali e i suoi gesti, almeno per due volte al giorno. Nei primi di Luglio 1865 (10 mesi dopo) avvertimmo la completa guarigione in un colloquio ch'essa tenne col suo fratello. L'ammonimmo, che se, anche invitata da noi, avesse ripetuti quei gesti suoi abituali, sarebbe inviata a casa, ed essa seppe dominarsi; ci fece un minuzioso racconto delle sue passate sofferenze, e mostrò non solo aver ricuperata la ragione, ma di possederne una superiore alla media normale. — Le menstruazioni erano ritornate, benchè non molto abbondanti; il

Digitized by Google

peso specifico delle urine salì a 1020, a 1022, con poca uro-glaucina. Il peso del corpo era salito a chilogr. 43, 70.

Pontirali Luigi, d'anni 15, ci venne recato il 4 Maggio 1863 per mania. Il padre è tuttora pellagroso, la sorella pellagrosa e maniaca, la nonna morì apoplettica. Il corpo è mal nutrito, con pochi peli al pudendo, capelli biondi, cranio doligocefalo, iridi grigie, mobilissime.

Affettività non solo normale, ma esagerata; anzi si racconta che la mania gli sia sopravvenuta per il dolore di vedere il padre fatto segno alle beffe dei compagni. Egli resta molti giorni immobile, taciturno avanti al letto, rifiutando i cibi, in una posa quasi estatica; dopo cade in un eccesso opposto, di mobilità e loquacità estrema, ma in cui fa meravigliare per la precocità dell'intelligenza; egli applicava ai suoi compagni di sventura dei soprannomi così ben scelti, che furono adottati anche dagli infermieri; inventava ed eseguiva, zufolando, delle arie musicali di tutta sua invenzione. L'hachish a 20 centigrammi e poi a 50 aumentò il polso, e produsse sonnolenza e perdita involontaria delle orine. Il ioduro di potassio parve aumentare il dimagramento. Si ricorse al cloruro di sodio esternamente e con vantaggio.

L'Ottobre 1863 usciva perfettamente guarito, nè più recidivava. Non calcolammo il peso, ma all'aspetto la nutrizione era assai aumentata.

Tacchino Giovanni, contadino di Rosate, d'anni 17, entrava il 29 Agosto 1865 per mania pellagrosa. — Figlio di madre bizzarra e di padre sano, veniva tutto ad un tratto, nel Luglio, colpito da mania istintiva, dal ticchio di tagliare le piante, sradicare l'erbe dei prati, battere e ferire i compagni e i parenti; specialmente nelle ore del mezzogiorno s'esacerbava il parossismo furioso.

Appena entrato rilevammo statura inferiore assai all'età, metri 1, 39, gracilità estrema della persona, perciò il peso non superava i chilogr. 32, 70. La massima circonferenza del petto arrivava appena a centimetri 69; desquammazione al dorso delle mani ed alla faccia, nessuna traccia di peli sul pudendo, atrofia del pene e del testicolo sinistro e mancanza del destro, che però si sente nel canal inguinale. Tigna favosa al capo; la circonferenza maggiore del capo centimetri 50, la curva longitudinale 31, la curva bi-auricolare 30, il diametro longitudinale millim. 184, il trasverso 160. Le orine 1016 (Vogel), con pochi fosfati, il ventre tumido. L'individuo andò soggetto a replicate febbri intermittenti, curate col chinino, e a diarree pellagrose. Da noi si mostra caparbio, taciturno, insofferente d'ogni rimprovero, e qualche volta minaccioso contro i compagni. Le sole parole che escangli di bocca sono minaccie contro i pretesi stregoni e contro di noi.

Lo trattammo lungamente con bagni di cloruro sodico alternati con acqua di Tabiano.

Nel mese di Novembre, quando io l'ebbi a rivedere, lo trovai più ben nutrito, più docile e di una intelligenza che eravamo ben lungi dal sospettargli dapprima.

Al 20 Gennaio, il peso era aumentato quasi di 10 chilogrammi (chilogr. 41), e l'intelligenza era così ristabilita che egli potea in 15 giorni apprendere l'alfabeto e la scrittura, ed ormai sarebbe dimissibile. I segni della pubertà tuttavia non sono ancora comparsi.

Devo però aggiungere ad onore del vero, che un grande coadiuvante del cloruro di sodio è la giovinezza dei pazienti, comechè anche le altre malattie croniche, non esclusa la pazzia, assai facilmente si vincano nella gioventù, sia perchè più rapido è lo scambio dei tessuti a quell'età sia perchè il morbo non potè prendere ancora salde radici.

Acetato di piombo. — Io aveva sentito vantare l'acetato di piombo nella pellagra; l'esperimentai in larga scala, ma finora mi parve riescire utile solo nei pellagrosi molto vecchi, ed in quelli che si lagnavano di dolori vivi alle articolazioni, e nei casi di paresi incipiente, o di tremolio generale. Le dosi furono da 1 a 2 centigrammi in 300 grammi d'acqua. I casi in cui si manifestò chiara la sua efficacia furono i seguenti:

Giardini Angelo, di Santa Margherita, contadino d'anni 45, entrato il 30 Marzo, ha un fratello pellagroso, gli altri parenti sani. Fu militare per molto tempo, e robusto uomo, e abbastanza ricco, ma cadde in miseria; nel Luglio del 1867 egli doveva lavorare molto nel riso, e dal Luglio al Novembre riceveva dal padrone per emolumento, ed era costretto a mangiare, *maiz avariato dalla grandine*, che era rifiutato fin dai bovini. Dapprima patì vertigini, insonnia, borborigmi, più tardi cefalea, mancamento di forze e diarrea; si notò che era divenuto verboso da taciturno che era dapprima. Parve migliorare coll'acqua di S. Paolo: ma nel Dicembre recidivò, e nell'autunno venne condotto all'ospedale per piaghe pellagrose: guarito, soffrì per tutto il 1868 prurito alle mani, sì che le lavava continuamente anche d'inverno: divenne stizzoso contro la moglie. Nel 1869 nell'inverno patì deliqui, diarree, freddo continuo, e morbosa irascibilità.

Nel 1.° Marzo dà in accesso furioso contro il medico, perchè non lo mandava all'ospedale; è colpito, nello stesso tempo, da paresi quasi completa alle estremità inferiori, che un medico male pensò curare con vescicanti, dando così luogo a vaste piaghe. Entrato il 30 Marzo da noi, ci si mostra un individuo denutrito, che per l'altezza di metri 1, 62 dà il peso di chilogrammi 52; epidermide del collo, mani e torace desquammata; piaghe ai lombi ed al sacro. Cranio brachicefalo, circonferenza 540, curva longitudinale 340, trasversa 310 fronte alta 6 centimetri, larga 14, diametro longitudinale 202, trasverso 165; leggera ptosi della palpebra destra, pupille ristrette, ineguali per maggiore dilatazione della sinistra, lingua screpolata con abrasione degli epitelii; calore 37, 90; orine 1010, 2 Vogel, con molti cloruri, con pochi fosfati, molta urorodina; sensibilità dolorifica ben conservata, tattile diminuita; continua cefalea; notevole imbarazzo nella loquela come nei paralitici; paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri, perdita delle feci; tremore degli arti superiori. Delira di esser obbligato a eseguire mestieri in ore e modi insueti, per esempio a pulire la stalla di domenica, a far muovere i buoi di notte; sente odor di polvere, e sembragli di veder gente a rastrellare. Il delirio non era però continuo e quando si poteano afferrar le frasi emesse, *polenta marcia*, si capiva che alludeva essere il suo male prodotto dall'alimentazione di maiz malato. Curato col piombo, si notò, come le piaghe del sacro dopo sei giorni rapidamente guarissero. La paralisi però persistette, come anche la denu-

Digitized by Google

trizione e l'imbarazzo della loquela, il calore 37,80 e la desquamazione alle mani fino al 25 Aprile.

25 Aprile (34 di cura). Notevole miglioramento nella nutrizione, non perde più feci, la pupilla miotica, il calore di poco aumentato (37,20); comincia a muoversi; nessuna traccia più di delirio.

7 Maggio. Cessa la cefalea, pupille normali, desidera gustar cibi.

15 Maggio. Sudore profuso. Rivede la moglie con molto piacere, parla di interessi domestici, dice come si nutrirà, dovesse anche andare a suonare l'organino, e non permetterà però mai alla moglie faccia mestieri pochi onesti, come quello di infermiera dei sifilitici; descrive l'infelice causa del suo male, e viene dimesso il

20 Maggio. Prima della sua partenza si trovò pesare chilogrammi 58, 800, e le orine esaminate apparvero di poco aumentate in densità, 1019, volume 2000, non però aumentato nel colore e nella quantità dei fosfati.

Ferrari, muratore, di Riva-Nazzaro, d'anni 46, già affetto da eritema pellagroso e da diarrea, nell'Aprile 1865, senza alcuna causa, è preso da mania. È condotto da noi l'11 Ottobre.

Troviamo un individuo mal nutrito, scorbutico, con eritema alle mani e ai piedi, cranio mal conformato, microcefalico. Pupilla destra più dilatata della sinistra. Resta sempre immobile, in piedi, vicino ad una parete, facendo *brr*, *brr*, colle labbra, e non interrompendo quel brontolio che per mangiare e per dormire; lagnasi di vivi dolori alle articolazioni ed al dorso.

Curato col piombo, sofferse esacerbazione della diarrea ed erisipole alle gambe, poi a poco a poco usciva perfettamente guarito nell'Aprile 1866.

Bertotti Giuditta, contadina di Binasco, d'anni 45, ebbe la madre gozzuta, ed il padre che morì per malattia cronica di ventricolo. Essa non sofferse malattia alcuna fino a trent'anni; a questa età divenne gravida, e lungo la gravidanza le si manifestava il gozzo; qualche mese dopo il parto sofferse eritema pellagroso, e più tardi, a varii intervalli, qualche leggero sintomo di alienazione. Senza causa nota, agli ultimi di Ottobre 1866, scoppia in accessi di mania furiosa, e viene condotta al manicomio all'11 del successivo Novembre.

All'èsame appare individuo discretamente nutrito, del peso di chili 56, con cranio ben conformato, gozzo piuttosto voluminoso, ed eritema pellagroso al dorso delle mani, delirio furioso, tremolio generale delle membra.

Viene sottoposta alla cura dell'acetato di piombo, somministrato giornalmente alla dose di 2 milligr., ed alternato col iodio; migliorò rapidamente, e nel Marzo 1867 era già guarita e dimissibile, e pesava 61 chili. Sortì dal manicomio il 15 Aprile, ed ora continua a godere florida salute.

Ferrario d'anni 65, contadino di Villanterio, alto metri 1,56, magro, mal nutrito, del peso di chilogrammi 42,800, da dieci anni affetto da pellagra, e da tre anni da mania, viene condotto il 25 Aprile 1866 nella mia clinica; ha cranio ben conformato, e avanzi di eritema sul dorso delle mani; grida che non ha da vivere, che i cibi sono avvelenati; si rifiuta all'alimentazione, ed è affetto da tremore così generale da non potersi sostenere in piedi; anche nel letto, le mani e le braccia gli si agitano incerte e tremole.

Alimentazione artificiale di latte ed uova, somministrazione di una soluzione di un centigr. al giorno di acetato di piombo su 200 gr. d'acqua. Un mese dopo, e precisamente al 28 Maggio, si osserva un miglioramento; egli mangia di più, si regge in piedi, e l'eritema va sparendo, ed egli ragiona meglio; si lagna di dolori di stomaco. Dopo due mesi esso poteva già camminare, e pesava 2 chili di più; al 15 Settembre usciva, perfettamente guarito, e aumentato di 6 chili, nè più è ritornato.

Solfito di calce e soda. — I tifi pellagrosi per quanto ne variassi le cure, bagni ghiacciati, vino chinato, aromatici, unguenti mercuriali, belladonna, rhus, aconito ecc., percorsero sempre il loro stadio letale. Cosicchè fino al 1868 io non ebbi a guarirne pur uno.

Nello studiare nel 1867 i pellagrosi dell'ospedale di Vicenza, mi venne comunicato da quei medici, come avessero avuto eccellenti risultati in questi casi *dai solfiti*. Io li ritentai; in un caso gravissimo (Chiesa) non giovarono a nulla; in due altri casi, che presentavano però minore acuzie dei sintomi, parvero utili.

E sono i seguenti:

Rocca Brigida, d'anni 31, di Riva Nazzaro, figlia di madre sana, e di padre che caduto dall'agiatezza nella miseria soffrì qualche sintomo di delirio; ha sorelle e fratelli sani; lo zio paterno, che soffre di pellagra con diarrea e voracità, ed un avola pure paterna, che soffre di leggera pellagra.

Si è sempre nutrita di polenta, segale, orzo, fagiuoli. A 17 anni soffriva alle mani di eritema pellagroso; la prima menstruazione fu piuttosto tardiva, ed ammalò prima di maritarsi, per un anno intero, di febbri intermittenti. Al terzo anno di matrimonio ebbe un parto stentato. Dopo tre anni (1868) ebbe un secondo parto di un feto morto, e da quell'epoca le si soppressero i menstrui, gonfiò il ventre, e accusò dolori al dorso, agli arti, incertezza nei movimenti, eritema pellagroso, e, da tre mesi, vero delirio.

Venuta da noi nell'Aprile 1869, la troviamo abbastanza ben nutrita, del peso di 46,400 chilogrammi, coperta di efelidi; col cranio doligocefalo, zigomi enormemente sviluppati, sicchè arieggia una Giapponese; orecchie mal impiantate, pupilla sinistra più dilatata della destra, cornea leggermente opacata, globo dell'occhio più sporgente a sinistra, e congiuntiva sinistra iniettata e affetta da pterigio. Perde la saliva dalla bocca. Calore 36,80, orine 1016, acide, colore 5 Vogel. Non regge sulle gambe, insensibile alle punture; non parla, ma borbotta che la vogliono uccidere, che non ha lingua, oppure tace e resta immobile. Il 16 si manifesta il vero tifo pellagroso, vomito, calore 39,40; grida che vuol andare a casa; orine pallide, 1005, neutre, scarse di fosfati e solfati e ricche di carbonati. Si sottopone alla cura del *solfito di soda*, un grammo al giorno.

27 Aprile. — Pupilla immobile, più dilatata a destra; alle 2 la congiuntiva s'inietta, calore 37,80. Diarrea, moti clonici degli arti. Perde l'orina.

28 Aprile. — Pupilla più ristretta; calore 37 al mattino, alle 2 calore 38, e pupilla sinistra più dilatata.

1 Giugno. — Fisionomia più aperta, calore 36,80, pelle sudante.

Digitized by Google

2 Giugno. — Pupilla sinistra più dilatata, notte inquietissima, canta continuamente.

3 Giugno. — Notte quieta, pupilla regolare, calore da 35, 10 a 36, 80; si muove quando ne ha l'ordine. Si nota grande dimagrimento.

7 Giugno. — Siede sul letto, e mangia da sè.

A quest'epoca si sospendono i solfiti. — D'allora in poi continua a migliorare sensibilmente.

25 Luglio. — Essa appare perfettamente guarita, chiede del marito, fa da infermiera, si muove, discorre bene, ed è dimissibile.

Vianeli Annunziata nata Ceroni, contadina di Costa di Mobili, d'anni 44, entra nel comparto alienati il 23 Aprile 1869. — Il suo bisnonno era bizzarro, i fratelli hanno testa mal conformata; essa all'età di tre anni patì di meningitide, dopo la quale restò alcune ore come morta; Si cibava di latte, carne, pane di maiz, fagiuoli, e due anni fa anche di polenta mal stagionata; tre anni or sono, dopo l'ultimo parto, cominciò a sentirsi male, sofferse desquammazione pellagrosa al dorso delle mani, e incominciò a divenire smemorata; l'anno scorso, in primavera, patì desquammazione alle mani, deliquii, pirosi. Un mese e mezzo fa, si sveglia all'improvviso, prega la cognata a chiamare il prete, chè certo dovea morire; rifiuta le bevande calde che le si presentano, dicendo che la farebbero morire più presto, è in somma in preda a vivo delirio; e condotta da noi troviamo: grande emaciazione, arrossamento delle mani alla parte dorsale, iniezione dei vasi capillari alla parte destra della faccia, capelli rari, denti abbastanza ben conservati; il cranio con plagiocefalia parietale destra, diametro longitudinale 196, trasverso 159, circonferenza 540, curva trasversale 260, longitudinale 320; ptosi della palpebra destra, congiuntiva iniettata, pupilla contratta e poco mobile, blefarite destra, il globo dell'occhio destro è portato all'esterno, ed in alto al petto vene superficiali molto sviluppate; la punta del cuore batte 4 dita trasverse sotto il cappezzolo, polso frequente, 105, calore 38, 85.

Convulsioni cloniche della mano e, talvolta, dell'orbicolare delle palpebre; contrattura dell'avambraccio destro; dolore sotto la pressione lungo la spina; orine acide, 1026, ricche di urati, solfati, fosfati, scarse di cloruri.

Si somministra iposolfito di calce, due grammi al giorno.

26 Aprile. — Calore 38, 40, sera 37, 10; convulsioni cloniche, edema flemmonoso alle labbra; riconobbe la zia, ma non parlò; ad ogni stimolo le si rinnovavano le contrazioni.

27 Aprile. — Temperatura 38, 40.

28 Aprile. — Conosce la zia, cessata la ptosi, continua il delirio, perdita delle orine, calore 38, 60.

29 Aprile. — Notte inquietissima. Contrattura del braccio destro sul petto.

30 Aprile. — Calore 38, 60. Ore 2 pom. 37, 20. Diarrea.

1 Maggio. — Calore 37, 75; notte meno inquieta, mente più svegliata. Alle 3 pom. è tranquilla, dice di non aver più male alla testa; calore 37, 70.

2 Maggio. — Calore 37, 40; sente poco bruciore nella schiena.

4 Maggio. — Notte tranquilla, si lagna di molta sete, calore 37, 20, diarrea.

5 Maggio. — Notte tranquilla; alla mattina piuttosto inquieta, si lagna di bruciore di stomaco, di ventre, le si manifestano furuncoli ai lati del collo, e sotto il mento, qualche volta delira che vogliono ucciderla, che due dei suoi figli sono abbruciati; rimproverata perchè dice stramberie, accenna a voci che le suggeriscono queste cose; si lagna di continuo freddo. Calore 37, 28.

6 Maggio. — Notte tranquilla, diminuito il bruciore allo stomaco, diarrea persistente; calore 37.

8 Maggio. — Manifestansi piccoli furuncoli al naso; sta discretamente bene, si alza. Si sottopone alla cura dell'acido arsenioso. La salute è buona, se non che essa è molta inquieta.

1 Giugno. — Appetito buono, ma frequenti gastralgie; peso 32, 600. Guarì negli ultimi di Giugno.

In questo, come nel primo e in un altro caso che vedremo più sotto i solfiti avrebbero, pare, giovato allo stadio acuto e tifoso, ma per condurre a guarigione completa non bastarono. Questi casi sono, ad ogni modo troppo scarsi, perchè si possa concluderne recisamente nulla di certo, pure paionmi bastevoli per richiamare l'attenzione dei medici, onde con nuovi esperimenti confermino o distruggano queste speranze.

Acido arsenioso. — La maggior parte dei casi di pellagra degli adulti, sopratutto dei complicati con marasma, gastralgie, paresi, resisteva però a qualunque tentativo di cura.

Avendo io letto in un lavoro del Coletti e in altro del Perugini, come i pellagrosi molto si giovassero dalle acque di Levico, ed essendomi diretto all'egregio Dott. Avancini medico addetto a questo Stabilimento, egli mi forniva le seguente statistica dei pellagrosi curati colà:

Pellagrosi in 1.° stadio				Pellagrosi in 2.° stadio			
Guariti	Marcato miglioramento	Migliorati	Statu quo	Guariti	Marcato miglioramento	Migliorati	Statu quo
5	18	7	0	18	22	8	2

Da questa risaltava che su 100 pellagrosi, 43 guarirono perfettamente, 40 notevolmente miglioarono, 15 offersero un qualche miglioramento, 2 soli non migliorarono punto. Per gli studi precedenti avendo eliminato che dei tre minerali predominanti nell'acqua di Levico l'elemento terapeutico utile fosse il ferro, venni nel 1867 nella risoluzione di tentare l'acido arsenioso, nella cura di quei casi, che finora aveano resistito ad ogni trattamento farmacologico.

Il farmaco venne somministrato sotto la forma di goccie del Fowler, da 5 a 10 a 15 a 20 a 30 goccie, oppure sotto forma di acido arsenioso *puro*, sciolto nell'acqua leggermente alcoolizzata, nella dose di $\frac{1}{40}$ a $\frac{1}{20}$ di milligrammo, salendo secondo la tolleranza fino a 1 a 2 a 3 milligr., rarissime volte ad 1 centigrammo, sempre in-

Digitized by Google

terrompendone per tre a sei giorni la somministrazione; il risultato superò di gran lunga la mia aspettazione.

Io non darò statistiche, perchè quando uno pretende aver guarito 9000 pellagrosi colla dieta carnea, e un altro 10,000 col metodo antiflogistico, poco peso parmi abbiano le statistiche. Sì bene darò, quanto più in dettaglio potrò, le storie cliniche.

Chiesa Lorini Giuseppa di Sommo, d'anni 50, contadina benestante, perdette uno zio e il padre di enterite, ha due sorelle soggette a cefalee ed un fratello ad anemia. — 22 anni fa, dopo la morte di un fratello, ebbe un lieve accesso di delirio e di diarrea pellagrosa. Maritata, dopo pochi mesi delira che è la rovina della casa, e rifiuta il cibo. Dopo dieci anni all'improvviso una notte si leva e si getta nell'acqua; in un altro accesso più tardi cercò battere il marito il quale per torti coniugali le dava causa di dispiaceri; nel 1868 recidivò, e pare appunto per questa causa; sofferse febbri intermittenti, frequenti, abitando in paese miasmatico.

All'esame appare una donna di cute giallognola, desquammazione nel dorso delle mani, ipertrofia del tessuto unghiale della mano destra, più pronunciata al pollice ed al mignolo, capelli bianchi, occhio sinistro leggermente più abbassato del destro, iride grigia, testa ben conformata, diametro longitudinale 182, trasverso 160, circonferenza 510, curva longitudinale 21, trasversale 26; orine anemiche, polso 112, temperatura 37, soffio anemico, debolezza muscolare grande, sicchè spesso cadeva a terra; affettività abbastanza conservata, intelligenza solo in parte alterata, così che la si potrebbe paragonare ad un ubbriaco nel primo stadio; per esempio dopo aver battuto un individuo, dopo aver rotto una bottiglia, dice: «Scusate, non è colpa mia, ma è la pellagra che mi fa far ciò»; ad un alienata, che aveva preso in antipatia, dava busse, ma subito dopo chiedeva scusa. Curata dal 10 Giugno 1869 cogli arsenicali, al 20 Luglio essa era perfettamente guarita. Il peso del corpo, che era di chilogr. 49,300, ora è di chilogr. 53. Rimaserle, però, le traccie dell'anemia.

Ferraresi Carolina, d'anni 40, di Sommo, ebbe padre e madre morta di pneumonite, due sorelle pellagrose, un figlio che avendo 12 anni ne dimostra 8, con cranio brachicefalico, orecchie mal impiantate, e soggetto a convulsioni; un'altra figlia che soffre catarro dello stomaco. Sana sino a 35 anni, cominciò allora a manifestare i fenomeni della pellagra, eritema, tremori, vertigini, tendenza a cadere a terra ecc.; nel 1868 tentò gettarsi dalla finestra, cominciò a ripetere ad alta voce il nome di suo marito, a rifiutare il cibo. Venuta da noi, troviamo una donna abbastanza ben nutrita, alta metri 1,57, pesante chilogr. 52,300. La cute delle mani presenta desquammazione, come pure quella dello sterno, la faccia invece è coperta da efelidi. La testa è alquanto mal conformata; diametro longitudinale 185, trasverso 160, circonferenza 510, curva 29, altezza della fronte 4 ½. Orecchio sinistro lungo mil. 55, destro 65. Occhio più lucido del naturale, leggero opacamento nella camera posteriore del destro, iride di color tigrato, zigomi molto pronunciati e principalmente il sinistro, denti mal conformati, lingua portata maggiormente a sinistra, tiroidea più sviluppata del normale, collo molto lungo, punta del cuore leggermente abbassata, sensibilità dolorifica ben conservata, temperatura 36,40, orine neutre, anemiche, del peso di 1014, molta urofeina, pochi fosfati. La motilità assai diminuita, per cui barcollava ad ogni momento, e non poteva nemmeno prendere un oggetto senza lasciarlo cadere. L'affettività era ben conservata pei figli, e pel marito anzi esagerata; intelligenza alquanto ottusa, soffriva di allucinazioni nei primi giorni, per cui credeva vedere i figli, e li chiamava dalla finestra. In tre mesi di trattamento arsenicale essa era perfettamente guarita; per cui lavorava come le infermiere, portava cioè le ceste, lavava ecc.; nè accusava più nessuno dei disturbi soprannotati, e pesava 55,200 chilogr.

Quattrini Maria da Mezzana-Bigli, d'anni 44, ebbe la madre morta per malattia di petto, il padre per flemmone alla mano, una zia materna per pellagra; ha due fratelli pellagrosi con orecchie e cranio mal conformato, microcefalo; madre di cinque figli, uno dei quali affetto, esso pure, da pellagra, sofferse intermittenti, vivendo in paese mal sano; dopo l'ultimo parto, a 34 anni, ammalò per affezioni uterine; dopo di che le incominciarono a svilupparsi i sintomi pellagrosi, cioè desquammazione dell'epidermide, senso di formicolio generale, volto acceso, peso al capo, rumori alle orecchie, ed istinto di fuggire, sicchè il marito era obbligato a legarla.

Entrata da noi il giorno 27 Aprile, si constatò desquammazione sul dorso delle mani ed anche sulla schiena; il capo plagiocefalico; la sensibilità tattile alcun poco ottusa, l'affettività conservata; dice di preferire il marito ai figli, perchè, questi sposandosi, vanno fuori di casa, e quindi l'abbandonano, mentre quegli le resta sempre vicino. È dunque intelligente e di un'indole dolcissima, per cui s'affeziona, tosto, alle sue compagne ed alle infermiere.

Venne curata coll'acido arsenioso, e da ultimo col ferro e con due bottiglie d'acqua di Levico. Dopo l'ottava dose del primo, la paziente era già migliorata nel generale, non però nel colore della pelle. Nel mese di Luglio anche questa apparve un po' meno gialla. La nutrizione però era assai migliorata, sicchè pesava 52 chilogr., 12 più, che nel giorno dell'entrata.

Torti Giuditta, di Mezzana Bigli, contadina, d'anni 37, ebbe il padre che morì di flemmone, un fratello pellagroso, un altro ladro, un nonno pellagroso, e 4 figli di cui 2 morirono di febbre; abitando in un paese miasmatico patì essa pure la febbre; si mescolò in amori adulteri con un giovane, trascurando la famiglia. Nell'Aprile 1858 ebbe diarrea pellagrosa, e nel Maggio mania pellagrosa con desquammazione, tendenza a battere i figli, e piangere dopo battutili, stracciarsi i vestiti, gettarsi nell'acqua.

Venuta da noi, troviamo una donna colla cute di color giallo di arancio, desquammazione delle mani e dei piedi, denti cariati, milza ingrossata, cranio abbastanza ben conformato; occhio sinistro affetto da iritide, iride destra mobile; soffio anemico; peso 53,200; motilità normale; affettività diminuita verso il marito, contro cui grida continuamente, cinicamente vantandosi di essere adultera; ora taciturna, ora ciarliera, spesso allucinata, spesso sonnolenta, perseguita il medico ripetendogli le stesse frasi, *cioè che vuol andare a casa;* qualche volta minaccia di suicidarsi, soffre diarrea continua.

Curatale la diarrea col calomelano, la si sottopone

Digitized by Google

alla cura dell'arsenico, prima a 5, poi a 10, poi a 20 goccie di Fowler. Alla seconda dose essa accenna peso allo stomaco, appetito diminuito; alla terza dose dice d'aver più forza di prima; alla decima dose sofferse accessi febbrili, con freddo, più tardi cefalea, e bruciore alla gola. Si diminuiva la dose riducendola di nuovo a 5 goccie del Fowler. Nel 20 Giugno ossia 2 mesi dopo entrata, essa era rimessa completamente nelle forze, ragionava assai bene, desiderava i figliuoli ed il marito, con viva insistenza.

Permanendo però l'aspetto giallo della pelle ed il soffio anemico, la si sottopose a cura ferruginosa e più tardi a quella delle acque di Levico, senza però un grande effetto, per cui nel Luglio la si dimise senza che avesse perduto l'aspetto giallastro della cute, ma scevra affatto però da ogni altro sintomo pellagroso. È singolare che il peso del corpo invece di essere aumentato era diminuito di 9 chilogrammi.

Cornalba, contadino, d'anni 50, conta un fratello e un zio pellagrosi, gli altri parenti sani; non patì, pare, di pellagra fino agli anni 45; cominciò allora in Agosto a sentirsi indebolire la gamba sinistra; l'anno dopo essendosi recato per farsi operare da una fistola, resta così spaventato dalla vista del chirurgo e dei suoi ferri, che ne impazzisce; fissa subito di dover essere condannato a morte, e che la moglie gli fosse infedele; appassionato dell'acqua quando era sano, delirante ora vi si getta, e ne è ripescato. Recato da noi nel Novembre 1868, troviamo un individuo abbastanza robusto e ben nutrito, con cranio ben conformato; occhio destro più abbassato e sporgente; la punta del cuore pulsa a 4 centimetri e ½ dal margine papillare; soffio nel secondo tempo, area della ottusità cardiaca molto diminuita, polso lento, debole; orine di peso specifico 1010, anemiche.

Ripete continuamente, che lo vogliono uccidere e gettare in Ticino. Ogni campanello gli produce una fitta al cuore, perchè gli pare il segnale della condanna; ogni nuovo entrato è un gendarme travestito, destinato a prenderlo ed ammazzarlo. Così durò fino al Gennaio 1869, in cui l'individuo, dopo aver consumato quasi 1 gr. di acido arsenioso, cominciò a mostrarsi tranquillo, a non ripetere più le parole, a ricordare gli eventi che lo precipitarono alla follia, le illusioni destate da essa, e a riderne; esce guarito il 20 Febbraio e non ritorna più da noi.

Malinverno Giuseppa entra il 18 Giugno 1869, per mania pellagrosa. Aveva il padre apoplettico e alcoolista, la madre soggetta a risipole, un fratello morto di tifo. Di soli 35 anni, pure aveva avuto 5 parti; da 6 anni era soggetta a diarrea, e ad afte della bocca, ed a cefalea, massime quando si esponeva al sole; da ultimo, pativa convulsioni ed eritemi alle mani ed ai piedi.

Nel Febbraio 1868 scoppia in mania, vuol annegarsi, accusa tutti di batterla, di volere ammazzare lei e i suoi figliuoli; i menstrui le si sopprimono.

Venuta da noi troviamo una donna abbastanza ben nutrita, del peso di 50 chilogrammi, orine acide, con molta uroglaucina, del peso specifico di 1015; debolezza muscolare grande, per cui cade ad ogni momento, convulsioni cloniche, delirio suicida, con frequenti ripetizioni di frasi; non vuol più lavorare, perchè se lavora la uccidono ec.

Noi la sottoponemmo all'uso dell'acido arsenioso; al 10 Luglio essa non avea offerto alcun notevole miglioramento; al 18 l'aspetto s'era fatto più calmo e sereno, ricordava i figli con molto desiderio, e pregava che la si mandasse a casa; al 30 il peso era aumentato di chilogrammi 2, 500, l'intelligenza era completamente normale, sicchè venne dimessa.

Tornata a casa mangiò, costretta dalla povertà, maiz ammuffito; in un anno recidivò, e morì di tifo pellagroso.

Chiodi Luigia, di Bobbio, contadina e montanara, vecchia d'anni 63, contava tra i suoi figli un pellagroso, un idiota, un balbuziente; da 10 anni era soggetta a sintomi di pellagra, desquammazione, diarrea, vertigini; nel 1867, la morte del marito e dispiaceri con le sorelle aggravarono il male; essa scoppia in delirio, cerca gettarsi dalla finestra, annegarsi nei fossi, va nuda per le strade, rifiuta gli alimenti che le offrono i figli, sotto pretesto che altri ne ha più bisogno di lei.

Condotta da noi nell'Agosto, ci appare di corpo assai mal nutrito, del peso di 43 chili, con cranio brachicefalo, ma ben conformato, miosi della pupilla, eritema pellagroso, debolezza muscolare così eccessiva da cadere per terra ad ogni momento, tremolio continuo degli arti, abolizione completa dell'intelligenza, per cui non le escono che monosillabi senza significato; si spoglia e si veste continuamente.

La sottoponiamo all'uso dell'acido arsenioso.

Dopo due mesi si vede un miglioramento nella paresi muscolare, per cui sorretta da un bastone essa può camminare; nove mesi dopo, ossia nel Maggio 1868, mostra notevole miglioramento psichico; riconosce il figlio, e mostra con lui affettività normale; piange, sì, un po' troppo facilmente, ma giustifica il pianto col dire, che vuol andare al suo paese, che patisce l'aria, che ha paura nel vedersi circondata da pazzi.

Finalmente nel Giugno essa appare completamente guarita, ricorda, ad uno ad uno, il nome dei suoi nepoti, e parlando di uno che emigrò in America, soggiunge: *ha fatto uno sbaglio, perchè chi sa guadagnare, guadagna anche nel proprio paese;* essa presenta aumento di 14 chili nel peso del corpo, e non conserva più, di tutti i suoi fenomeni morbosi, che un legger tremolio degli arti, e la miosi pupillare, che amendue probabilmente dipendono dalla senilità più che dalla pellagra. — Questo successo mi parve assai importante, quando al mio ritorno trovai moribondo per mania, o meglio per tifo pellagroso, il figliuol suo, che ben era più robusto, ma che non si sottomise durante la mia assenza all'uso dei preparati arsenicali.

Dezza Orsola, di 35 anni, di Stradella, maritata, madre di 4 figli sani e robusti; sana nella giovinezza e nei primi anni di matrimonio, attese sempre alle cure domestiche ed ai lavori campestri; da un anno, circa, si accorse che la memoria sua non era ferma come prima, giacchè facilmente dimenticava cose da poco tempo dette, e l'animo suo, dapprima buono e mansueto, era divenuto cattivo e irascibile; essa stessa narra che tante volte percuoteva i propri figli per puerili mancanze, nè le era possibile il trattenersi da questi atti brutali. In seguito sopraggiunsero capogiri, vertigini, senso di formicolio lungo il dorso delle mani. Prima di intraprendere la cura

Digitized by Google

fu pesata e risultò, senza gli indumenti, del peso di chilogrammi 39.

Entrata nel comparto del Dott. Cattaneo, fu da lui sottoposta alla cura di otto a dieci goccie di Fowler al giorno. La dieta dell'ammalata consisteva in minestra, un po' di carne e vino. Le dosi arsenicali si continuarono per un mese e più, interrotte solamente di quando in quando per accidenti insorti, passati i quali, l'ammalata continuava la primitiva medicina. Sotto questo trattamento i fenomeni nervosi di molto ammansaronsi, l'eritema pellagroso andò scomparendo, l'edema dei piedi non lasciò più traccie di sè, ed il guadagno della nutrizione generale si fe' rilevante al punto, che al 5 di Settembre si potè dimettere, essendo aumentata in un mese e mezzo di chilog. 1,900 (1).

Rossi Maddalena, d'anni 67, di Chignolo Po, entrava il giorno otto Luglio 1868, per pellagra, all'ospedale di Pavia. Moglie di un mugnaio, benestante, aveva goduto fino a tre anni addietro di buona salute, e si era bene alimentata, e mostrava un peso del corpo notevole.

Soffriva essa vertigini, senso di peso al capo, formicollo al dorso e lungo gli arti tanto toracici che addominali, disturbi psichici, giacchè, a modo d'esempio, usciva dalla propria casa, e poi chiedeva a sè stessa: *ove mi trovo?* — Interrogata cosa avesse mangiato il giorno prima, non se ne ricordava bene. Avea eritema pellagroso alle mani, edema ai piedi, floscezza dei muscoli, orine pallide, poco acide, del peso specifico di 1015. Il peso del corpo era di chilogr. 44,600. Si incominciò la cura arsenicale; otto goccie del Fowler in un ettogrammo di acqua nelle 24 ore. Ogni cinque, o sei giorni fummo obbligati sospenderla per l'insorgenza di nuovi accidenti, quali secchezza alle fauci e senso di bruciore allo stomaco. In simili contingenze si amministrava latte mattina e sera. Passati questi fenomeni, si riprendeva la cura come per lo innanzi. Così si giunse ad amministrarle ben 16 dosi. — I fenomeni cerebrali, dopo alcuni giorni dall'intrappresa cura, diminuivano d'intensità, la memoria si faceva più franca, l'edema delle gambe a poco a poco spariva, la pelle, piuttosto ruvida dapprima, erasi fatta liscia e morbida, e le forze dell'ammalata si rialzarono maravigliosamente. Il peso del corpo risultò netto di chilogr. 46,400. Essa lasciava l'ospedale, perfettamente guarita, il giorno 1 Settembre 1868, dopo due scarsi mesi di cura.

Deantoni Angela, d'anni 44, di Travacò, conta fra i suoi parenti un zio tisico, un fratello sordastro e cretino, due sorelle tisiche ed idropiche, la madre pellagrosa, gozzuta, ed il padre canceroso. Ebbe colera, tifo, e negli ultimi anni diarree, pirosi; nel Novembre 1866, disquammazione, tremolio, delirio, a cui s'aggiunge corea gesticolatoria al braccio destro. Il 20 Gennaio passò la corea, restò il delirio, cercò d'annegarsi; si lagnava che le rubavano tutto, che la battevano; soffriva di scottore ai piedi, di dolori infradorsali. Entra da noi nel Gennaio 1869. All'esame rileviamo un individuo molto mal nutrito; per la statura di 1 metro e 46 presenta il peso di 48 chilogrammi; il capo ultra brachicefalo, della circonferenza di 50 centimetri, curva longitudinale 32, zigomi molto allargati, naso schiacciato, pochi denti, mal conformati, ragadi nella lingua, spazio dell'ottusità cardiaca molto diminuito, le orine pallide, 1010, con pochi fosfati e sali; si lagna di allucinazioni acustiche, di gente che le grida alle orecchie, piange facilmente, si spaventa di tutto, risponde a tono, ma laconicamente; più tardi è affetta da pleurite, con febbre, e le orine assai più rosse del normale e povere di cloruri; guarita dalle pleurite al 1.° Marzo, è sottoposta alla cura arsenicale; nell'Aprile accusa diarrea, dolor alla gola e al ventre, per cui si sospende il rimedio; tuttavia in quell'epoca pesata contava già 49 chilogr. Ripresa più tardi la cura alla dose di 5 gocce, la tollerò e guarì perfettamente, non presentando più segni di alienazione, corea o paralisi.

Pietro Malinverni, contadino di Gerenzano, di anni 44, entrò nel comparto alienati il giorno 3 Agosto 1868 per mania pellagrosa. Suo padre morì di flemmone; la madre, pellagrosa pur essa, morì di perniciosa. Un fratello morì epilettico. Ricorda che, nel 1850, essendo piovuto molto, mangiò, per tre mesi, grano ammuffito lui e tutta la sua famiglia.

Fino dalla fanciullezza al mese d'Aprile gli si desquammavano le mani e le gambe; da poi fu soggetto a capogiri, diarree e a febbri intermittenti: a 18 anni rubò della frutta, e fu arrestato. A vent'anni sofferse nictalopia; a 24, stanchezza grandissima, sicchè cadeva per terra, mentre lavorava. Nel 1865, manifestò stizzozità senza causa, grande voracità e passione ad avvicinarsi all'acqua, passione ch'era destata però solo dalla vista dell'acqua, e spariva quando non la vedeva; questa passione, più tardi, diventa causa di delirio, conciossiachè nel 1868 dopo aver tentato precipitarsi dalla finestra, di tagliarsi la gola, si gettò nell'acqua, per nessuna altra ragione che *di star allegro e fresco come i pesci*. Di lì a poco ingelosì della vecchia sua moglie, senza motivo, la battè e cercò pure di battere chi parlava con essa, e che egli pretendeva fossero suoi rivali.

Alla sua entrata, appare abbastanza ben nutrito; pesa chilogrammi 55,400. Ha occhio vitreo, pupilla destra un po' più dilatata, orecchie impiantate ad ansa, la destra più piccola e abbassata della sinistra, cranio ben conformato, brachicefalo, lingua screpolata, desquammazione alle mani, incertezza e tremori degli arti inferiori, per cui traballava e qualche volta cadeva, labbra in continuo moto masticatorio, loquela un po' imbarazzata, spesso si rifiuta al cibo; le urine leggermente acide, peso spefico 1019, senza albumina, pochi fosfati e solfati. Era taciturno, dispettoso, stizzoso, perpetuo accusatore, rifiutava i cibi. Più tardi, al contrario, divenne verboso, docile, ma invaso da alcuni strani ticchi di delirio sistematizzato, come di scrivere il proprio nome sulle mura, di riempire le carte di scarabocchi. Fu sottoposto alla cura arsenicale nel Gennaio 1869; nel 25 Marzo sofferse febbre con freddo, nella notte, disfagia lieve, senso di bruciore allo stomaco, di secchezza alle fauci, diarrea profusa; viene sospeso il rimedio per 4 giorni.

30 Aprile. La debolezza alle gambe persiste, ma appare miglioramento nella nutrizione, cessato affatto il ticchio di scrivere ecc. Narra la sua vita passata, e aggiunge come egli comprende che recidiverebbe se tornasse al lavoro, faticoso e che non gli resta altro a fare, che suonare l'organino per le strade, onde guadagnare il vitto con poca fatica. Pesa 58 chilogrammi.

(1) Questa e la storia seguente fu raccolta dal dottor Raccagni di Pavia.

Digitized by Google

Spelta Carlo, di Monticelli, già cocchiere, di anni 61, ammogliato con 7 figli. Perdette il padre di pleurite, la madre di affezione intestinale, il nonno era cretinoso; da ragazzo mangiò male; ma assai bene dopo i 20 anni, essendo cocchiere, e bevendo, anzi, più del bisogno, un tre litri al giorno. Ma nel 1859 perdè il padrone, e restato sul lastrico con 7 figli, mangia pane giallo, polenta e solo poche ova e vino pochissimo. Nell'anno 1869 ha diarrea, edema agli arti, vertigini. Nell'Aprile entra nell'ospedale di Pavia, per dolore infradorsale, bruciore ai piedi, tremollo generale. Ha il cranio ben conformato, la cute offre lieve desquammazione, il corpo è ben nutrito, pesa 60 chilogrammi; polso 68, orine acide, 1020; curato coll'acido arsenioso dal Dott. Dagna primario dell'ospedale di Pavia, in 2 mesi riesciva perfettamente guarito.

Palladini Negri di Monticelli, contadina, di 27 anni, ebbe la madre pellagrosa: mangiò maiz ammuffito; da due anni era pellagrosa. Nel Marzo 1869, 24 giorni dopo un parto, scoppiò in delirio. Dorme 4 giorni di seguito, e poi veglia 2 giorni; bestemmia e recita giaculatorie; cerca fuggire.

Entrata il 27 Luglio 1869, troviamo una donna ben nutrita, del peso di 45 chilogrammi per un metro e 40 centimetri di statura; bruni i capelli, cranio regolare; leggera desquammazione alle mani, orine 1022, acide; affettività e motilità pure normale; rifiuta ostinatamente il cibo, perchè, dic'ella, non ne ha voglia, o perchè non può andar di corpo. Essa resta taciturna, dispettosa, oziosa; si alimenta, scarsamente, di brodo, e le si dà il piombo senza vantaggio fino al 10 Luglio. Allora le si dà l'acido arsenioso (goccie del Fowler) e dopo otto giorni di questa cura cessa della sitofobia, ed appare assai più ilare, lavora; e benchè scarsa di parole pure ragiona assai bene. Il miglioramento proseguendo, e completandosi il 25 Luglio la si dimette.

Pasquali Muratori Teresa di Cassina Gerola, d'anni 45, contadina; abbastanza benestante; conta tra i suoi parenti un cugino cretinoso; ebbe 7 figli, di cui 3 morirono. Impazzì 15 anni fa, ed ora recidivò alla notizia dell'annegamento di un suo figliuolo.

Entrata il 28 febbraio 1868, ci si mostra ben nutrita, del peso di 45 chilog., con cranio piccolo ultra brachicefalo, 162 di longitudine e 152 biparietale, circonferenza 502. Desquammazione alle mani; urine alcaline, con pochi fosfati ed urati, molto pallide. Motilità esagerata, per cui si arrampica per i letti ecc.; ripete continuamente: «Mi scusino, io voglio il mio uomo.» Accusa altrui di batterla: mostra erotismo, denudandosi davanti agli uomini, e riescendo docile con essi e fiera colle infermiere e colle compagne. — Sempre sitofoba; non si riusciva ad alimentarla di scarso cibo che con continue preghiere e carezze. Curata coll'acido arsenioso guariva nel maggio del 1868, nè più recidivò.

Ferrari-Mariani Maria contadina, d'anni 41, di Meconico (Bobbio), affetta da mania pellagrosa con sospetto di tubercolosi; ebbe il padre pazzo, ha una sorella pellagrosa. In seguito all'abbandono del secondo marito, che emigrò in America, lasciandola con due ragazzini, incominciò a diventare melanconica, e continuò in tale stato per due mesi; ebbe quindi un po' di sosta, ma nel mese di Marzo (1867) cominciò a dire che i ladri erano venuti in paese a maltrattare i figli, si diede a percuotere le altre persone, specialmente le donne; avea voracità esagerata al punto d'essere tentata, dic'ella essa stessa, di infiggere i denti nei propri figli; allucinata, vedeva ai lati del proprio letto uomini, e fantasmi in aria sentiva come un senso di sbarra, che dall'utero ascendeva in alto, soffriva un dolore infrascapolare, stitichezza, disuria.

Nel 24 Giugno 1867 io rilevai: corpo molto mal nutrito, del peso di 38 chilogrammi e 900 grammi, la pelle d'aspetto giallo-terreo, desquammazione, legger arrossamento resipelaceo al dorso delle mani. Cranio abbastanza ben conformato, molto brachicefalico, diametro longitudinale 179, trasverso 160, circonferenza 520 millimetri. Occhio destro alquanto più abbassato del sinistro, pupilla ristretta, però più a destra che a sinistra, ulcerazione alle labbra, mutezza alla regione sopraclavicolare destra, calore 38, qualche volta 38, 70, orine 1018 a 1019, 3 Vogel, con molta uroglaucina e molta urorodina. Da parecchi mesi la menstruazione non si è più presentata, ogni tanto ha diarrea profusa alternata con stitichezza, la forza muscolare è molto indebolita, per cui cade, ad ogni passo, per terra, la sensibilità tattile normale, ma soffre allucinazioni ottiche, acustiche, per le quali vede i propri figli nell'aria, che la reclamano; molte volte dice che le hanno cucita la bocca, qualche volta le pare che abbrucino i suoi figli, e si metteva a piangere dirottamente e a gridare; nel delirio vi era un'intermittezza regolare, terzanaria.

Nel Luglio sofferse diarree, che scomparvero con piccole dosi di calomelano, poi blefarite, bronchite; nel Settembre fu più lungo il periodo dell'intermittenza, recidivando ogni 15 o 20 giorni, con pianti dirotti per la fantasticata morte dei figli.

Nel Febbraio 1868 fu ammalata per legger febbricciatola di 2 o 3 giorni; la menstruazione ritornò ma scarsa, con vivi dolori, che si estendevano anche alla regione iliaca e che si calmavano colla camomilla. Nel Marzo fu curata coll'acido arsenioso (¼ di milligrammo in 300), cinque a sei cucchiai al giorno.

Le prime dosi arsenicali produssero bruciore alla gola, indebolimento cardiaco, facili deliqui, per cui si dovette sospendere il rimedio. Ripreso in minor dose, dopo 17 giorni esso produsse, ai lati del collo, diverse piastre di erpete frangiato.

La nutrizione migliorò. La mente calmavasi affatto e sparivano i fenomeni paresici e l'ineguaglianza pupillare, sicchè sortiva guarita, nel Maggio successivo, avendo acquistato il peso 47 chilogrammi.

Barbieri Carlo di Bastida Pancarana, contadino d'anni 20, entrò nel comparto alienati il 29 Gennaio 1869 per mania pellagrosa.

Ha padre e madre sanissimi; due suoi fratelli sono morti ancora piccoli, due sorelle maritate hanno prole robusta. Il nonno morì di diarrea pellagrosa.

A 2 anni ebbe diarrea. A 10 anni desquammazione cutanea, e diarrea. Soffrì a 15 anni di un'altra affezione al ventre, di cui guarì (tifo pellagroso) (?).

Intelligentissimo tanto che imparò a leggere e scrivere, e fu premiato, più volte, alle scuole, sui 18 anni ebbe in primavera delirio con desquammazione, per cui fu curato all'ospedale per tre mesi.

Digitized by Google

A 20 anni, nel 1868 (Ottobre), avendo prestato ad un amico una pistola e questi negandogliene la restituzione, se n'accorò e divenne maniaco. D'allora in poi cominciò la tendenza a distruggere quanto trovava, tentò di percuotere padre e madre, al punto che furono obbligati di legarlo al letto. Dopo alquanto tempo riavuta la pistola parve si calmasse, ma poi recidivò, e parlava continuamente di guerra, di cannoni, di fucili, e si atteggiava a predicatore di chiesa.

Entrato da noi, troviamo un corpo abbastanza ben nutrito, ma, secondo i parenti, assai men prosperoso da quand'era sano; statura alta, nessuna traccia di barba, fronte sfuggente all' indietro, cranio di capacità maggiore del normale, circonferenza 550, curva trasversa 320, longitudinale 350, iride ceruleo, lingua screpolata, desquammazione al dorso delle mani, sensibilità normale, orine 1015, 3 Vogel. È taciturno, anzi nei primi giorni muto, e fa continue genuflessioni.

Fu sottoposto per due mesi alla cura arsenicale. Dopo il primo mese di cura cessò il mutismo, leggeva e scriveva, si mostrava ossequioso e docile, solo si notava un'eccessiva timidezza e una tendenza strana per un contadino a parlar toscano; più tardi perdea anche questi ticchi, ricorda tutto l'avvenuto, rivede con affetto vivo i parenti, e con noi si lagna sopratutto del fastidio prodottogli dall'inerzia.

Nel Maggio 1869 usciva completamente guarito e grasso, coll'aspetto quasi di un uomo maturo.

Riassumerò in una tabella tutti questi casi di guarigione. (Vedi la Tabella posta nella pagina seguente).

I casi di guarigione coll'acido arsenioso non mi sembrano privi di importanza, perchè avvennero in individui nei quali non potevasi attribuire la guarigione al decorso intermittente del male; avvennero, per esempio, in individui sitofobi (Paladini, Muratori e Chiodi), nei quali l'alimentazione non poteva certo aver giovato, ed in individui maniaci, paresici (Cornalba, Ferrari), in cui la malattia datava da anni (Lorini 7 anni, Ferraresi 5 anni), ed era giunta ad uno di quegli stadii, in cui, come ben dice Verga, il male procede sempre e non ritorna indietro; e avvenne in stagioni, in cui non suole avvenire la intermittenza ordinaria della pellagra (Torti, Lorini, Casali, Muratori, Chiodi, Malinverni e i 6 del Manzini), e avvennero in individui, che non offrivano, ormai, più nessuna remititenza (Chiodi, Cornalba, Quattrini, Ferrario e Ferrari) e vecchi (Chiodi) e figli e nipoti di pellagrosi (Torti, Malinverni) e in pellagrosi fin nell'infanzia, ed in cui la guarigione cominciò a datare dal primo svilupparsi dei fenomeni arsenicali (Ferrari), e in individui in cui restando le traccie dell'anemia (Quattrini, Torti) e il peso del corpo non solo non essendo aumentato, ma anzi diminuito (Torti), restava necessariamente esclusa l'influenza dell'alimentazione ospitaliera sulla nutrizione.

I miei risultati d'altronde non erano isolati, conciossiachè il Namias a Venezia, il Prof. Tebaldi a Padova, il Dott. Vielmi a Bergamo, il Ceccarel a Treviso, Buttagisio a Verona e il Dott. Manzini a Brescia ottennero altrettanti risultati nei loro comparti ospitalieri.

Il Ceccarel ottenne 6 guarigioni e 7 miglioramenti sopra 16 casi di pellagra curati coll'acido arsenioso.

Il Manzini poi pubblicava un resoconto, da cui risultava come egli avesse ottenuto sopra 19 casi di pellagra maniaca 8 guarigioni complete e una incompleta.

Il Tebaldi a Padova coll'iniezione sottocutanea di acido arsenioso guariva 7 pellagrosi alienati in un periodo medio tra 27 e 113 giorni, nessuno dei quali ebbe a recidivare.

Tuttavia io sono ben lungi dal pretendere di aver ottenute guarigioni stabili, o di aver conseguito, sempre, col metodo arsenicale quel trionfo che era mancato agli altri metodi. Non pochi furono i casi che resistettero a questa cura o malgrado questa ebbero a soccombere. E primi annovero i 10 casi di pellagra con arresto di sviluppo, che sotto la cura arsenicale parvero aggravarsi, dimagrire, esser presi da sincopi, palpitazioni, vomiturazioni, bronchiti, mentre migliorarono col cloruro di sodio.

Fra gli altri che resistettero alla cura annovero:

Scotti d'anni 23, peso chilogrammi 38, che conta uno zio pellagroso, una madre epilettica, fu menstruata a 20 anni: da 3 anni sofferse meningite, poi tifo; è, attualmente, coperta da cloasmi, resta muta, sitofoba, rigida, quasi catalettica, interrompendo rare volte i lunghi silenzii con borbotti, con atti violenti sulle sue compagne.

Maggi, d'anni 48, ha uno zio pazzo, una zia pellagrosa, è pellagrosa da 10 anni, sucida, demente, gridatrice, colla pelle di color bronzino, soggetta a nevralgie brachiali, pellagrose, resistenti a qualunque rimedio: sotto l'uso arsenicale sofferse di eczemi al collo e alle braccia e di prurito.

Mezzabarba, d'anni 23, ha la madre pellagrosa, è pellagrosa essa da 8 anni, robustissima, pesante 68 chilogrammi; affetta da mutismo e qualche volta da sitofobia; nel resto intelligente. Sofferse sotto l'arsenico bruciori alla gola, cefalee, vomito; si liberò dalla sitofobia, ma non migliorò punto nelle forme psichiche, conservandosi tuttora burbera, taciturna, ostinata.

Moro Antonio, d'anni 59, molto robusto, pesa 59 chili, ha la madre pazza; da 7 anni pellagroso con tendenze omicide; migliora coll'arsenico, ma non sì però che gli resti qualche ticchio bizzarro e l'occhio invetrato della pellagra, per cui non può dirsi guarito.

Lodetti, donna robusta, pesante 61 chilogrammi, che fin dal 1857 era alla Senavra demente.

Calvi Carolina, d'anni 28, del peso di 43 chilogrammi, col padre e zio e sorelle alienate, di pelle oscura, già sitofoba e con delirio sistematiz-

Digitized by Google

TAVOLA I.

Pellagrosi curati e guariti a Pavia (nella Clinica delle malattie mentali).

Numero d'ordine	NOME E SESSO del Pellagroso	ETA'	SINTOMI PREDOMINANTI		SINTOMI					CAUSE DELLA MALATTIA			DEFORMAZIONE della Testa	DATA della Malattia	DURATA del Trattamento	MESE della Guarigione	PESO DEL CORPO		OSSEVAZIONI Trattamento
			Somatici	Psichici	Vie digerenti	Circolazione	Respirazione	Pelle	Sistema nervoso	Eredità	Uso di maiz mal.	altre cause					il giorno dell' entrata	il giorno dell' uscita	
1	Lorini d.	50	Anemia, Paresi	—	1	1	—	1	1	—	—	Dispiaceri	—	7 anni	40 giorni	Luglio	49, 000	53, 000	Acido arsenioso
2	Ferraresi d.	40	Paresi	Allucinazione	—	—	—	1	1	1	—	—	Utrabrachic.	5 »	3 mesi	Luglio	52, 300	55, 300	»
3	Quattrini	44	Anemia	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	7 mesi	3 »	Luglio	50, 000	52, 000	»
4	Torti d.	37	Anemia, Diarrea	Mania affettiva	1	1	—	1	1	1	1	—	—	2 anni	3 »	Giugno	53, 000	42, 000	Acq. di Levico; acq. ars.
5	Cornalba u.	50	Paresi	Mania di persecuz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 »	4 »	Gennaio	62, 000	35, 000	Acido arsenioso
6	Malinverni d.	35	Diarrea, Paresi	Idem.	1	—	—	1	1	—	—	—	—	5 »	2 »	Luglio	50, 000	51, 000	»
7	Chiodi d.	63	Paresi	Suicidio, Sitofobia	1	—	—	1	1	—	—	Dispiaceri	—	10 »	4 »	Maggio	43, 500	52, 300	»
8	Dezza d.	35	—	Stizzosità, immob.	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1 »	2 »	Giugno	39, 000	40, 900	»
9	Rossi d.	67	Edema degli arti	Smemoratezza	—	—	—	1	1	—	—	—	—	3 »	2 »	Settembre	44, 000	46, 400	»
10	De Antoni d.	44	Paresi	—	1	—	—	1	1	1	—	—	Utrabrachic.	18 mesi	4 »	Luglio	44, 000	49, 000	»
11	Malinverni u.	44	»	Idromania	1	—	—	1	1	1	1	—	»	dall'infanzia	3 »	Aprile	55, 400	58, 000	»
12	Spelta u.	61	»	—	1	—	—	1	1	—	—	Miseria, Alcool.	—	6 mesi	2 »	Giugno	60, 000	60, 000	»
13	Palladini u.	27	—	Mutismo Sitofobia	1	—	—	1	—	1	1	—	—	2 anni	1 mese	Luglio	45, 700	41, 300	»
14	Muratori d.	45	—	Mania erotica	1	—	—	1	1	1	—	Dispiaceri	—	2 »	3 mesi	Maggio	45, 000	49, 000	»
15	Ferrari d.	41	Paresi, Marasmo	Allucinazioni	1	—	—	1	1	1	—	Abb. del marito	Doligocefalo	2 »	2 »	»	38, 900	47, 000	»
16	Barbieri u.	20	Arresto di svilup.	Mania religiosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	Aprile	55, 000	59, 000	»
17	Grossi u.	65	Marasmo	Panofobia	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	2 mesi	Giugno	52, 400	51, 300	Oppio
18	Cova u.	45	»	»	1	—	—	1	—	1	1	Paura d'un mor.	—	dall'infanzia	3 »	Maggio	53, 750	63, 300	»
19	Casali d.	37	Diarrea, Paresi	Idromania	1	—	—	1	1	—	1	—	—	2 anni	2 »	Luglio	39, 000	44, 000	Ac. arsen.; calomelano
20	Grandi d.	16	Arresto di svilup.	Mutismo	1	—	—	1	1	1	—	—	—	2 »	—	Maggio	38, 900	47, 000	Cloruro di sodio
21	Faccioli d.	19	»	Sonnolenza, Sitof.	1	—	—	1	1	—	1	—	—	6 mesi	8 mesi	Gennaio	50, 600	64, 600	»
22	Beretta d.	23	»	Mutismo	1	—	—	1	1	1	—	—	Doligocefalo	—	6 »	Settembre	32, 000	40, 000	»
23	Varesi d.	22	»	Stupore	1	—	—	1	1	1	—	Paura	Microcefalo	10 anni	10 »	Luglio	43, 750	—	»
24	Pontiroli u.	15	»	Mania gaia	—	—	—	—	—	1	—	Dispiaceri	—	—	—	Ottobre	—	—	»
25	Tacchino u.	19	»	Mania istintiva	1	—	—	1	—	1	—	—	—	6 mesi	3 mesi	Gennaio	32, 700	41, 000	»
26	Giardini u.	45	Paresi, Marasmo	Allucinazioni	1	1	—	1	1	1	1	Sconcerti finan.	—	2 anni	2 »	Maggio	53, 000	58, 800	Acetato di piombo
27	Ferrari u.	46	Tremore	Lipemania	—	—	—	1	—	—	—	—	Microcefalo	6 mesi	7 »	Aprile	—	—	»
28	Bertotti d.	45	—	Parossismo furios.	—	—	—	1	—	—	—	Puerperio	—	14 anni	4 »	Marzo	56, 000	61, 000	»
29	Ferrario u.	65	Paresi	Demenza	—	—	—	1	1	—	—	—	—	10 »	4 »	Agosto	42, 800	48, 800	»
30	Rocca d.	31	Tifo	Mutismo	1	—	—	1	1	1	—	—	Doligocefalo	dall'infanzia	4 »	»	46, 400	45, 300	Solfito di calce
31	Vianelli d.	44	»	Demenza	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3 anni	—	Giugno	—	32, 600	»

Digitized by Google

zato di persecuzione, per cui fuggiva nei boschi, rifiutava il cibo creduto avvelenato; sofferse molto della cura arsenicale, cefalee, angine; guarì perfettamente dalla sitofobia, ingrassò notevolmente ma conservò odio contro il marito, e le forme del delirio sistematizzato.

Ferrari, d'anni 60, microcefalo, padre pazzo, allucinato, pellagroso da 20 anni, già recidivo con delirio sistematizzato.

Moro Secondo, robustissimo, d'anni 56, già alcoolista, affetto da delirio sistematizzato con tendenza ambiziosa, credendo dover sposare una principessa. Non migliorò punto dal rimedio.

Parisio, con figli pellagrosi, zii pellagrosi ed epilettici, da 12 anni pellagroso con tendenze suicide, sitofobe, e delirio sistematizzato; nutrizione buona.

Boccaccia, pellagroso di 40 anni, con cranio plagiocefalo, orecchio mal impiantato, piaghe fistolose, allucinazioni; l'arsenico gli produce diarrea, vinta a stento dal calomelano e dalla carne cruda.

Pizzi, d'anni 35, ha un zio bevitore e affetto da eczema alla faccia; è taciturno, melanconico, abbastanza ben nutrito; la mania data da 7 anni, migliora, non guarisce.

Gaviglio, d'anni 42, pupilla ineguale, cupo, ben nutrito, alienato da 9 anni, delirio sistematizzato, con balbuzie. Nessun effetto dall'acido arsenioso.

Minoli, d'anni 51, da 4 anni pellagroso con ipertrofia di cuore, recidivo, forma di delirio sistematizzato, ed idromaniaco, id. id.

Pazzini, d'anni 53, demente, idromaniaco da 20 anni, id. id.

Riboldi, d'anni 60, pellagra data da 19 anni, delirio sistematizzato, con tendenze ambiziose, robusto e molto ben nutrito; pesa 60 chilogr., id. id.

C., pesa 61 chilogrammi, ha sorelle e figli pellagrosi; forma panofobica; buona nutrizione, id. id.

Locatelli, d'anni 60, da 5 anni affetto da tifo, pellagroso, diarrea, albuminuria, nessun miglioramento coll'arsenico.

Migliazza, d'anni 51, da 10 anni affetta da pellagra; guarisce della forma marasmatica coll'arsenico, cosicchè da 27 chilogrammi che pesava ne pesa 40, e dalla stupidità completa passa alla mente sana; ma poi recidiva e l'arsenico non la guarisce più della forma maniaca, diventando essa stizzosa e accusatrice perpetua di tutto e di tutti; però di nutrizione regolare; è affetta ogni tanto da nevralgie intercostali e lombari, da accessi di soffocazione, palpitazione di cuore, cui l'arsenico portato fino a un centig. al giorno punto non migliora, mentre esso provoca una leggera bronchite.

Quasi tutti questi casi danno fino a un certo punto ragione della resistenza all'arsenico; noi vediamo infatti, sopra 18, 4 che superano i 60 anni, età in cui tutte le malattie sono difficili a guarire; 3 che datano da 19 a 22 anni il loro male; 8 che datano il male da 7 a 12 anni; 6 con delirio sistematizzato, che anche nella mania non pellagrosa è sempre inguaribile; 1 complicato con alcoolismo; 9 con buona nutrizione, peso rilevante del corpo, fatto questo che pare contrindichi le somministrazioni arsenicali; 3 furono affetti prima da tifo o da meningite.

Di questi 18 casi di insuccesso 6 ebbero però a migliorare, chi nella mania, chi nella sitofobia, della quale non offersero più traccie dopo la cura arsenicale.

I morti sottoposti alla cura arsenicale furono 8, e sono: Diotti, Magnini, Milesi, Bardonneschi, Baccalini, Anselmi, Ferretti e Moglia, di cui rileggendo le storie nella parte 5.ª si vedrà che l'inutilità della cura potrebbe giustificarsi da ciò, che in due l'età sorpassava i 66 anni, in due la pellagra si univa al delirio sistematizzato, in uno all'alcoolismo, in due la pellagra datava da 20 a 30 anni, ed in una si complicava a mala conformazione del cranio e tubercolosi avanzatissima; uno dei curati quando morì non offriva più traccie di pellagra nè di delirio, ma sibbene di edema. Sicchè tutto computando si può dire che sopra 42 casi si ebbero:

6 miglioramenti notevoli
16 guarigioni
8 morti
12 non guarigioni, in cui comprendonsi due casi di guarigione succeduti da recidiva;

e computando i casi di Ceccarel, di Bottagisio, Tebaldi e Manzini si avrebbero su 87 casi

41 guarig.
13 morti.

Chi ha letto le storie antecedenti avrà notato, che, non rare volte, l'uso dell'acido arsenioso, produceva delle complicazioni gravi, più spesso negli individui che ebbero a guarirne (Paladini, Ferrari, Torti ecc.), ma, non rare volte, in individui che non ne risentirono effetti benefici (Maggi ecc.). In alcuni si manifestò un erpete frangiato alla regione del collo, assai analogo nella forma e nel colore ai sifilitici; in molti, sopra tutto se giovani, si manifestò un'abbondantissima salivazione, che cessò col sospendere il rimedio; in molti, inappetenza, vomiturazione, diarrea, palpitazione di cuore, sincopi (Migliazza), bruciore di stomaco e di ventre, frequentemente, anche, bruciore alla faringe, cefalea unilaterale, grande indebolimento muscolare e bronchiti, che guarirono in breve tempo, e recidivarono col rinnovarsi del rimedio.

Dall'insieme di queste osservazioni mi pare si possa dedurre giovare l'arsenico.

1. Nei pellagrosi che presentano grande marasmo,
2. Nei pellagrosi con paresi incipiente,
3. Nei sitofobi, gastralgici,
4. Nelle manie vaghe, senza, cioè, delirio sistematizzato,

Digitized by Google

5. Nei vecchi, quando però non abbiano toccato il limite della decrepitezza.

Non giova, pare, negli impuberi e nei troppo giovani, non giova negli individui ben robusti e grassi (Riboldi, Mazzabarba), nè a quelli con delirio sistematizzato, nè a quelli, in cui la malattia complicata con alienazione data da 20 o 30 anni; nè giova, pare, a quelli, che soffrono di pneumonite cruposa, nè ai tubercolosi (Anselmi), nè agli albuminurici, nè agli affetti da vertigine.

(continua)

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

F. Glauert. — *Rapida guarigione di un essudato pleuritico, ottenuta col limitare l'introduzione delle bevande e degli alimenti liquidi.* — Berl. klin. Wochenschr. N. 6, 1870.

L'autore dopo aver passato in rivista tutti i mezzi terapeutici che soglionsi mettere in opera per fare svanire gli essudati pleuritici, che spesso rimangono stazionari dopo trascorsa la malattia acuta, riconosce che nessuno di essi somministra risultati abbastanza soddisfacenti. Il metodo di cura più razionale, secondo esso, è quello che consiste nel procurare un ispessimento del sangue, mercè un abbondante diaforesi, od una aumentata diuresi, inspessimento che per ragion fisica porta con sè una più attiva sottrazione di siero dai tessuti, per parte del sistema capillare. Però non sempre si è in grado di eccitare una diaforesi abbondante, nè si possiede un diuretico tale che sia in grado di far separare ai reni una quantità di acqua maggiore di quella che viene introdotta nel corpo. Per tale ragione il Niemeyer ha cercato di trovare un altro processo con cui ottenere il desiderato inspessimento del sangue, e quindi il riassorbimento delle effusioni patologiche, ed ha creduto trovarlo nella *limitata introduzione dei liquidi.* A tale scoperta egli è stato condotto dall'essersi esperimentato, che non ostante la privazione assoluta di bevande e di alimenti liquidi, non cessa la secrezione orinaria e la perdita di acqua per la perspirazione insensibile, e dall'avere dimostrato Jürgensen, che in tali casi si ha un vero inspessimento del sangue. Che poi possa nei malati diminuirsi molto considevolmente l'introduzione dei liquidi senza alcun pericolo, glielo dimostravano certe cure popolari che sono in voga in Germania, e che anche esse consistono principalmente nell'astensione dalle bevande e dai cibi liquidi. I risultati hanno corrisposto pienamente alle idee del Niemeyer, e molti essudati pleuritici sono stati curati felicemente nella sua clinica col metodo accennato. — L'autore viene ora a confermare l'efficacia di questa cura con la storia di un altro caso di essudato pleuritico osservato nel corrente inverno nella clinica di Tubinga, in cui pure il suddetto trattamento sortì un favorevolissimo effetto.

W. uomo robusto di 42 anni, per lo innanzi sempre sano, ammalò nel 5 Novembre 1869 con violento dolor puntorio nella parte inferiore del torace destro. Dopo alcuni giorni fu preso da affanno di respiro, e da tosse senza escreato. Il dolore puntorio si fece più debole, e si localizzò più verso la parte anteriore del petto, dove il malato nel tossire provava anche un senso di penoso stringimento. La febbre non si ebbe se non nel primo giorno. Entrò in Clinica il 20 Novembre. — Dall'esame fattone risultò la presenza di un essudato pleuritico destro, che giungeva sino al terzo spazio intercostale. Apiressia completa. Avendo l'infermo mostrato desiderio di guarire con sollecitudine e di assoggettarsi a qualunque cura gli venisse prescritta, gli fu ordinato di astenersi per alcuni giorni da ogni bevanda ed alimento liquido, e di cibarsi solo di pane e di salciccie poco salate. Già nel primo giorno e più nel seeondo di cura, l'infermo dipingeva con tristi colori il disgusto che gli recava un tale trattamento: egli non mangiava quasi affatto anche i cibi che gli venivano permessi, e domandò se non potesse almeno gustare di tanto in tanto un pezzo di mela, affine d'inumidire la bocca, che gli si era estremamente prosciugata. Nelle prime 24 ore di cura (21 Nov.) la quantità dell'orina emessa ascese a 550 cent. cub. con 1,4 % di urea. Nel 22 Nov. furono emessi 450 cent. cub. di orina, con 6,0 % di urea. Il malato diceva già di sentirsi il petto meno oppresso, e di poter salire le scale con maggiore facilità; gli fu permesso durante il giorno di bere ½ foglietta di vino ed una tazza di caffè. — 23 Nov. Orina 420 cent. cub., urea 6,8 %. Limite superiore dell'essudato sotto alla papilla mammaria. — 24-26 Nov. Il malato in questi tre giorni ha bevuto soltanto ½ foglietta di vino al giorno. Il totale dell'orina è ascesa a 1250 cent. cub. con 6,6 % di urea. — 27 Nov. L'ottusità sta poco al disopra della normale del fegato. Viene permesso al malato di mangiare e bere a piacimento. In tutta la settimana ha avuto una sola deiezione alvina, ed è stato senza appetito. — 28 Nov. Il malato lascia la clinica guarito, con buono appetito, e molto soddisfatto.

L'istoria di questo caso, per quanto si voglia essere scettici, è una prova evidente dell'esito favorevole che può sortire il nuovo processo di cura, ed acquista anche maggior valore, quando si unisca a quelle di parecchi altri andati a guarigione con il metodo stesso. Però avverte l'autore, che quanto più l'essudato pleuritico sarà recente, tanto migliore sarà il risultato che se ne potrà ottenere. In un caso di essudato antico, la cura suddetta produsse bensì un miglioramento, ma non appena fu sospesa, le cose ritornarono alle condizioni di prima. C. B.

Dutzmann. — *Bubone, peritonite, morte.* — Wiener mediz. Presse N. 26, 1869.

Di quanto svariate possano essere le cause occasionali della peritonite lo mostra questo caso, che pubblico a motivo della sua rarità.

Digitized by Google

Il prigioniere V. G. venne sotto la mia cura con un bubone sinistro di media grandezza, alla cui apertura sortì pus in quantità relativamente scarsa, e soltanto colla pressione questa presentossi in copia un poco maggiore. All'esame colla sonda trovai un breve e stretto tramite verso l'alto, il quale venne aperto, giacchè lo strato cutaneo che lo copriva non era grosso. Durante il modo di trattamento ordinario, colla posizione in letto, pulitura dell'ascesso coll'acqua tiepida, applicazione di strette compressine di tela e cataplasmi caldo-umidi, la suppurazione procedette bene, ma dopo circa 3 settimane si presentò un tragitto fistoloso relativamente piccolo, in basso, verso la sinfisi del pube, il quale venne pure aperto, e ne sgorgò pretta marcia.

Per quatro settimane l'ascesso separò pus buono, tuttavia malgrado la cura scrupolosa non mostrava nessuna tendenza alla guarigione; acquistò un colorito bluastro, il pus perdette il suo buon aspetto, divenne di cattivo colore, simile all'icore, l'infermo cominciò a lagnarsi di dolori alla regione inguinale sinistra, che gli rendevano assai dolorosa l'estensione dell'arto corrispondente. Il colorito brutto dell'ascesso crebbe a malgrado di tutti gli antisettici: ad ogni minimo tocco presentavasi un'emorragia difficilmente frenabile, a modo che l'ascesso poteva essere pulito e medicato soltanto con estrema precauzione. Il paziente divenne anemico, e cadde in collapso; aveva appetito buono, frequenza normale del polso, tuttavia lamentavasi alla sera di leggeri brividi, per cui gli fu dato il chinino a piccola dose.

L'ascesso rimase in questo stato circa per tre settimane, dopo di che nello estendere l'arto, sotto la pressione praticata nella parte inferiore delle pareti addominali ed anche sulla regione della fossa ovale della coscia sinistra, sortiva puro icore dal profondo dell'ascesso. Si aveva ferma la convinzione, che la cangrenescenza fosse assai profonda, non si poteva però dedurne fin dove arrivasse, essendo impossibile uno scandaglio abbastanza profondo in causa della abbondante emorragia sempre insorgente. Con tutto ciò l'infermo non lagnavasi mai di dolori nel basso ventre, il quale non era sensibile, nè gonfio, nè offriva meteorismo, ed in genere sembrava normale.

L'infermo decadeva sempre più, il polso elevavasi a 130 al minuto, piccolo: l'ascesso senza essere degenerato superficialmente, divenne quasi un *noli me tangere* a motivo delle facili emorragie; il colorito della pelle dell'infermo si fece giallognolo, i movimenti febbrili si prolungarono, perdette l'appetito, divenne debole, e morì terminata la dodicesima settimana di trattamento.

La sezione trovò: degenerazione icorosa delle parti molli partendo dall'ascesso fino nella fossa ileo-pettinea, quindi al di dietro della sinfisi del pube fino alla vescica urinaria ed al retto; in alto la degenerazione arrivava fino alla fossa iliaca e fino al rene sinistro. Trovossi di più una peritonite completa con quantità considerevole di essudato sieroso misto a fiocchi gialli di fibrina coagulata; saldatura di tutti gli organi addominali fra loro, e colle parti circostanti, per mezzo di depositi membranosi. L'omento e le intestina erano coperti di abbondanti coaguli di fibrina.

Mi recò sorpresa, che la peritonite fosse proceduta senza i sintomi tumultuosi ad essa peculiari: ed i sintomi poco caratteristici notati di sopra, che appartenevano propriamente alla peritonite, a ragione furono ritenuti in conto della gangrenescenza del bubone.

Hebra. — *Sull' uso del kautschuk nel trattamento delle malattie cutanee.* — (Arch. f. Dermatol. u. Syph., I. p. 1-7, 1869). Schmidt's Jahrbücher N. 6, 1869.

Incitato dal Prof. Hardy di Parigi, il quale spesso guarì degli eczemi con semplici applicazioni di tela kautschuk vulcanizzata (il lato liscio all'interno), fino dal 1867 Hebra usò con vantaggio di questo processo alquanto modificato, non solo negli eczemi, ma ben anche in molte altre malattie cutanee, nelle quali specialmente bisognava rammollire masse epidermoidali ruvide, secche (pitiriasi, ictiosi, tilosi, psoriasi, e finalmente nel prurito senile). Egli fa costruire diversi oggetti di tela di kautschuk, grandi e piccoli, cuffie e beretti pel capo, guanti, calze, calzoni interi con o senza la scarpa, camicie, blouses ecc., e con eguale profitto ha messo in opera la gomma elastica comune, o lavorata in fascie rotolate od in guanti.

A questo trattamento furono sottoposte tutte le specie di eczemi dopo o senza avere in precedenza ripulita la cute inferma dalle croste e squamme depostevi. Dopo 12-14 ore la tela di kautschuk si mostra molto umida, spesso affatto inzuppata, ed il liquido raccolto in quantità considerevole sulla superficie cutanea esala un puzzo penetrante, che sorpassa ancora quello del sudore dei piedi. La cute ripulita tuttavia è inodora, arrossata soltanto; la sua epidermide più o meno asportata, umida e splendente. L'infermo durante l'applicazione del bendaggio di kautschuk non soffre prudore nè dolore (che però presentavasi, appena il luogo infermo rimaneva scoperto). Se si continua la cura nella guisa indicata, a poco a poco diminuiscono tutti i fenomeni dell'eczema, e spesso, trascorsi due mesi, la guarigione è completa. Il risultato finale di Hebra può riassumersi come segue: sebbene nella cura dell'eczema in genere non si possa ascrivere al kautschuk una preminenza assoluta sull'unguento diachilon, sulla pece, zinco ecc., tuttavia offre in certi casi un vantaggio speciale, segnatamente nell'eczema delle mani, delle dita, della piegatura delle articolazioni, dello scroto, dei piedi, in cui l'applicazione di unguenti è incomoda, e dove, per mezzo di questo si combattono con molta rapidità le ragadi dolorose. Per conseguenza il kautschuk deve riguardarsi come un prezioso ritrovato nella terapia dello eczema. Egli permette e favorisce inoltre il *contemporaneo* usufrutto degli altri mezzi conosciuti (sapone molle, catrame ecc.).

Di più con guanti e con calzetti di kautschuk Hebra ottenne senza dolore la guarigione nella pitiriasi, nella xerosi, nella psoriasi palmare, nella tilosi della pianta dei piedi. Non riconobbe una preminenza sul trattamento ordinario delle bruciature di secondo grado alle mani ed alla faccia. All'incontro lo raccomanda molto nel vaiolo per modificare lo strato epiteliale delle pustole e favorirne il distacco (piedi, mani ed alcune volte anche le intere estremità furono messe in un sacco di kautschuk).

Digitized by Google

Per ultimo la terapia col kautschuk agì beneficamente in quattro casi di prurito cutaneo generale con o senza eczema (prurito senile). In questi tutti i vestimenti, di sostanza vulcanizzata, furono portati dapprincipio giorno e notte sulla nuda pelle, e mattina e sera cambiati o soltanto puliti. Dopo poche settimane venivano indossati soltanto la notte o per un' ora nella giornata, fino alla guarigione completa. Già al primo giorno di trattamento svilupparonsi sudori abbondanti e cessarono affatto il prudore e la tensione della cute. C. B.

Wittichen. — *Un caso di difterite nelle tonsille, coane, laringe e faringe in un adulto: guarigione.* — (Berlin. klin. Wochenschr. N.° 4, 1870).

Nella località dove l'autore esercita medicina, nel Febbraio e nel Marzo dell'anno scorso dominò l'angina difterica, che da principio attaccò i soli bambini, ma poscia anche gli adulti. Le energiche cauterizzazioni col nitrato d'argento, le inalazioni con l'acqua di calce, e l'amministrazione del chinino, condussero tutti i casi ad esito fortunato. Tra i casi osservati, l'autore ha voluto rendere di pubblica ragione il seguente, che è interessante soprattutto per la grande estensione presa dal processo morboso.

Un uomo di 30 anni soffriva da qualche giorno per incomodi alla gola, quando l'autore fu chiamato a visitarlo. Nell'esame si riscontrò un intonaco caratteristico giallo-sporco sulle tonsille, uvula e margini del palato, che mal si poteva distaccare con un pennello di filaccie: con un lapis di pietra infernale si riusciva ad asportarlo in parte dalla mucosa sanguinante, ma dopo poche ore vi si produceva di nuovo. La deglutizione era difficile, il polso tranquillo, l'appetito conservato, le defecazioni ritardate; la notte scorsa era passata senza sonno. Per due giorni, due volte nella giornata, si procurò di distaccare alla meglio le pseudomembrane, e quindi di toccare i punti affetti con la pietra infernale; nell'istesso tempo si prescrissero gargarismi con una soluzione di allume, e fu amministrato il chinino. Ciò non ostante il processo morboso progredì, e nel 4.° giorno di malattia le tonsille si mostrarono anche più tumide, e la volta del palato, epiglottide, e la parte posteriore del faringe, ricoperte da un denso intonaco difterico; il paziente ad ogni quarto d'ora, col raschiare e col tossire, emetteva con grande fatica dalle coane, dal laringe e dal faringe delle masse giallo-grigie: la voce era languida, non sonora, e di timbro nasale: i liquidi venivano deglutiti solo a stento, e dopo essere stati rigurgitati per 2 o 3 volte. Il paziente era agitatissimo, non prendeva mai sonno, e stava sempre seduto su di un sofà. L'esame del petto dimostrava, che erano immuni da ogni affezione i polmoni e le diramazioni bronchiali. — Si prescrisse l'inalazione ogni ora di 30 grammi di acqua di calce polverizzata col nefogeno, ed ogni volta fu tanto grande il sollievo che ne risentì il malato, da permettergli di espellere senza grave fatica grandi masse di muco dal laringe, dalle coane ecc. Peraltro l'infermo seguitò ad essere in cattivo stato ancora 3 giorni, ed in tutto passarono 6 notti senza che esso potesse prendere mai sonno. Non si prescrisse la morfina, pel timore che in un sonno artificiale il malato potesse esssere esposto al pericolo di soffocare. Sotto l'uso delle inalazioni di acqua di calce gradatamente si ammansarono i fenomeni morbosi, si detersero le parti di mucosa affetta, si distaccò un pezzo necrotizzato della tonsilla sinistra, si aprì un ascesso nella tonsilla destra, e da indi in poi la guarigione fece tanto rapidi progressi, che dopo circa 16 giorni di malattia il paziente potette considerarsi come guarito. C. B.

Wegener. — *Un caso di nevroma multiplo.* — (Berlin. klin. Wochenschr. N. 1, 1870).

Il Prof. Wegener ha presentato all'accademia di medicina di Berlino la preparazione di un nevroma multiplo molto raro. — Il malato era stato ricevuto circa 7 settimane innanzi nella clinica di Traube, dove morì per perforazione intestinale nella convalescenza di un tifo. Durante la vita, si era constatata una sordità completa, che si disse esser sopravvenuta durante il tifo; del resto nessuna alterazione funzionale degli altri nervi. Molto notevole era però un grande numero di tumori rotondi di diverse grandezza sino a quella di una grossa avellana, i quali si trovavano disseminati su tutto il corpo senza sollevare di molto la pelle, ad eccezione di uno isolato nella scapola sinistra, sopra cui la pelle era livida ed assottigliata; questi tumoretti erano mobili ed indolenti. La diagnosi, che fu stabilita durante la vita, fu pertanto di *fibroma molluscum;* è a credere che tali tumori esistessero fin dalla prima fanciullezza.

Nella sezione essi apparvero dapprima come lipomi mucosi; tuttavia la simetria completa con cui si distribuivano sugli organi del collo, occupando specialmente i due vaghi nel loro ingresso nella cavità toracica, fecero sospettare che essi stessero in nesso con i nervi; un esame più accurato rese ragione a questo sospetto, poichè tutti i nervi spinali, e specialmente i plessi crurale, ischiatico e brachiale, tanto sui loro tronchi, quanto sulle diramazioni cutanee, erano occupati da simili tumori a foggia di rigonfiamento fusiforme, di modo che alcuni di questi nervi presentavano la forma squisita di una corona da rosario. Simili tumori si trovavano nel simpatico del collo, nel frenico, nel plesso iliaco e nelle diramazioni simpatiche della piccola curvatura dello stomaco. Negli organi centrali non si trovò alcuna abnormità, come pure erano illesi i nervi cerebrali, la dove escono dalla base del cranio; il faciale non potette essere esaminato, perchè nella sezione non fu permesso che si ledesse la faccia.

Come momento etiologico di tali nevromi, si riconosce l'ereditarietà, e forse anche in questo caso vi era, poichè tali tumori si dicevano già sopravvenuti nei primi anni della vita. Nussun punto d'appoggio somministrò questo caso intorno al nesso, che può passare tra essi e l'idiotismo o cretinismo.

L'esame microscopico fece rilevare, che i tumori consistevano in fibre nervose *amieline,* e perciò trasparenti.

Digitized by Google

Riguardo alla sordità sopravvenuta durante la vita, è a notare, che i tumori nevromatosi dell' acustico ne sono frequentemente la causa; probabilmente in questo caso essi si sono formati soltanto negli ultimi tempi della vita, ed hanno prodotta alterazione funzionale a motivo della mancanza di spazio nello stretto canale osseo in cui passava il nervo affetto, mentre ciò non si verificò nel distretto degli altri nervi, dove erano più felici i rapporti di spazio.

C. B.

A. Cade. — *Cura notevole di una costipazione di 40 giorni ottenuta in 10 minuti con l' elettro-terapia induttiva.* — Lyon médical. N. 4, 1870.

Madama di X... dell' età di 80 anni, di temperamento eminente sanguigno, antica superiora di un istituto religioso, all' età di 20 anni ebbe una dissenteria, che non durò meno di 24 mesi, a cui seguì uno stato abituale di costipazione, che si prolungava da 6 ad 8 giorni, e che il più spesso era accompagnato da vampe di calore alla faccia, da stordimento e da dolore occipito-frontale. Tali sintomi di minaccia di congestione cerebrale cedevano sempre o all' applicazione di mignatte all' ano, o alla prima evacuazione di materie stercoracee. Nel 1859 fu presa da reuma nella regione lombare, che si portò quindi successivamente su tutte le articolazioni, e che da quell' epoca sino ad oggi sembra aver acquistato diritto di domicilio permanente sul di lei corpo, non ostante tutte le cure messe in opera per allontanarlo. Nell' Agosto passato ebbe principio il lungo *accesso* di costipazione, che forma il soggetto della comunicazione dell' autore.

Abituata l' inferma al frequente ritorno della costipazione, non ne fece alcun conto durante la prima settimana, e solo allorchè comparvero il dolore alla testa, lo stordimento, le coliche addominali, i vomiti, la sonnolenza, e l' inettezza ai lavori intellettuali, fece ricorso ai consigli dell' autore. Per cinque settimane furono posti in opera inutilmente tutti i mezzi usati in tali circostanze, quali l' olio di ricino, la pozione alla belladonna, secondo Trousseau, l' estratto di noce vomica, i suppositori medicati, i drastici, i bagni ecc. Frattanto nel 40.° giorno i sintomi si erano fatti allarmanti: delirio ad intervalli, faccia ippocratica, addome duro, teso e prominente, in modo da far dubitare di una rottura delle intestina, l' emissione dell' orina difficile, il polso depresso, l' alito fetente, le estremità fredde ecc. Fu allora proposto, come unico mezzo per sollecitare la contrazione dei crassi, l' uso della corrente elettrica, ed infatti fu applicato al retto l' elettrodo negativo dell' apparecchio di Gaiffe, e fu posto sull' ombelico il positivo. La corrente induttrice fu fatta agire per 20 minuti, cominciando con la meno intensa, ed accrescendola gradatamente sino a tirar fuori la metà del tubo graduatore. — Questa lunga e dolorosa seduta fu bene sopportata, e dopo 10 minuti l' autore ebbe la fortuna di ottenere l' effetto sì ardentemente desiderato. C. B.

Hirschberg. — *Un caso di cecità transitoria.* — Berlin. klin. Wochenschrift. N. 1, 1870.

L' autore narra di un caso di cecità transitoria in un adulto. Il malato, dopo che da due giorni si era lagnato per vivo dolor di capo sempre crescente, in una notte diventò completamente cieco, senza che la coscienza fosse affatto alterata. Anche nell' esame fattone nelle ore pomeridiane del giorno seguente, non si constatò altro che una leggiera tardità d' ingegno, ed una spossatezza, quali sogliono rinvenirsi dopo un accesso di epilessia: la facoltà visiva era svanita, sino a rimanere solo una leggiera sensibilità quantitativa per la luce; le pupille reagivano evidentemente, benchè alquanto tarde; l' oftalmoscopio non fece rilevare alcuna abnormità. Dagli altri esami non risultò alcunchè degno di nota, al di fuori di un moderato dolore di capo, e di una forte quantità d' albume nelle orine. Non ostante che la prognosi dovesse stabilirsi favorevole, pure fu intrapresa una cura energica, consistente in quattro sanguisughe artificiali alle tempia, ed in una acuta mercurializzazione. Già nella notte seguente il malato potè vedere di nuovo, e nel giorno appresso scomparve ogni abnormità nella facoltà visiva; se ciò accadesse come conseguenza della cura, rimane indeciso. — Sebbene vi fosse albume nelle orine, pure il presente caso non è a riguardarsi come un' amaurosi uremica, perchè il sensorio era libero; da ulteriori indagini potrà risultare, se tutti i casi di cecità transitoria, quali si osservano nella scarlattina e nel tifo, debbano riguardarsi come *criptouremici*. C. B.

Romberg. — *Sulla critica dei punti dolorosi di Valleix nelle nevralgie* — (Arch. f. Psychiatr. u Nervenkrankh. I. 1 p. 8, 1868). Schmidt's Jahrbücher N. 7, 1868.

Romberg al pari di Schuh e Hasse niega che in tutti i casi di nevralgia la pressione sul nervo malato ecciti dolore, e cerca di spiegare la differenza delle opinioni su questo punto colle osservazioni di Bastien e Vulpian, secondo le quali il primo effetto della pressione su un nervo sano, è un elevamento della sensibilità, ma l' effetto più tardo è una diminuzione ed abolizione della medesima. Quindi è verosimile, che la durata della pressione sui nervi nevralgici produca nei dati casi tale risultato differente. Con ciò armonizza ancora l' ipotesi di Bassereau, che un nervo, dopo breve tempo, sopporta la compressione senza dolore, mentre questa ridiviene dolorosa dietro un breve riposo.

Del rimanente nei tentativi di pressione devesi in genere considerare, che il luogo di pressione é fornito anche di altri nervi, oltre il tronco nervoso compresso, che per conseguenza il dolore alla pressione non deve essere riferito a questo solo. L' effetto della pressione in quest' ultimo si manifesta solo più tardi, secondo la legge del fenomeno eccentrico. (Il dolore non si può forse riferire ai fasci nervosi, che decorrono nel neurilema, ed interpretarsi come segno d' uno stato irritativo di essi nervi? Il Relatore).

C. B.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 8. BOLOGNA 31 Agosto 1870.

MEMORIE ORIGINALI

Guarigione inaspettata di un tumore al fegato

PEL

Prof. LUIGI CONCATO.

Martini Angelo, d'anni 52, ravennate, cuoco, entrava nella Clinica la sera dell'8 Gennaio 1870, per uscirne sui primi di Giugno dello stesso anno. Non si sono potute attingere che notizie molto vaghe ed incerte intorno ai suoi ed al suo passato. Rammentava soltanto, che il padre suo avea cessato di vivere nell'età di circa 60 anni per morte violenta, e la madre di 50 per malattia cronica, di cui non sapeva il nome, e che di quattro fratelli, uno moriva al 21.° anno di colera, l'altro undicenne per infiammazione acuta di petto, ed i superstiti erano sani e robusti. Vaccinato con successo all'età di due anni, contraeva nullameno al 17.° il vaiolo naturale, di cui guarì entro pochi giorni. Appena ottenne (1823), ammalava di febbre accessionale a tipo terzanario, che portò per un anno circa. Compiuto già il 17.°, abbandonava la città natìa per trasferirsi a Firenze, e (1836) a Roma, ove riammalava di febbri da malaria, che dapprima terzane, indi irregolari, si mantennero per 7 mesi. Guaritone, fu tosto assalito alla regione cervicale, dalla 5.ª alla 6.ª vertebra, da dolore fisso, lancinante, continuo, profondo, che cresceva alla pressione e nei movimenti del tronco, laonde non potea levarsi a sedere sul letto, ed era obbligato a giacere quasi sempre sul lato destro; avea eziandio febbre. Risanò per coppette lungo le apofisi spinose del collo ed un salasso. Al 23.° anno si ripeteva lo stesso fatto.

Nel Gennaio del 1847 contraeva sulla corona del ghiande due ulceri, cui seguia in breve tempo tumefazione indolente delle ghiandole linfatiche inguinali. A suo dire, le ulceri erano a fondo di aspetto lardaceo, con margini resistenti, poco o quasi nulla dolorosi, e davano poca materia sierosa. Otto giorni dopo la loro apparizione insorgeva alle due tempie dolore trafittorio, incessante, profondo ed egualmente forte il dì e la notte, e dopo 20, persistendo quello, un altro dolore meno vivo, ma di natura consimile, alla cervice. Contemporaneamente sentì sul cuoio capelluto talune prominenze tondeggianti, estese quanto un centesimo di lira, dolorosissime a toccarle, che in seguito si coprirono di croste biancastre, e cagionarono la caduta dei capelli. Della cura praticatagli allora nello spedale civico di Ferrara, non ricordava che un vescicante statogli applicato con vantaggio alla nuca, non senza però risentire di quando in quando trafitture alle tempia ed alla nuca, particolarmente nelle variazioni brusche di temperatura. Nell'Aprile del 1848, militando nel Veneto, avrebbe sofferti dolori osteoscopi, e veduto testa e gambe coprirsi di voluminosi tumori (gomme sifilitiche?), le cui traccie egli faceva osservare esistere tuttora al margine anteriore della tibia destra. Non intraprese però cura alcuna. — Nei primi di Agosto del 1849 si sarebbe ammalato di tifo addominale; la malattia durò un mese e mezzo circa. Scorsi pochi giorni dacchè aveva incominciato a migliorare, veniva colpito per la terza volta da febbri intermittenti terzane decise, con vomito che durava lo intero stadio del freddo. Guariva dopo 2 mesi coi chinacei. Nel 1851 lo riassaliva il dolore cervicale, che stavolta inaspriva nella deglutizione (?) e nei movimenti della testa e del collo, accompagnato da altro dolore ottuso nella regione occipito-frontale, da sbalordimento e sussurro d'orecchie. Fu curato con coppette scarificate e largo vescicante alla nuca. — Nel Marzo 1856 ebbe bronchite afebbrile, che durò un mese, e ricomparve nell'Ottobre dello stesso anno, con febbre, malinconia, prostrazione generale. Ristabilitosi compiutamente durò in salute fino all'Agosto del 1859, nel quale patì di colica, a quanto parrebbe, gastro-epatica. Erano dolori atroci, lancinanti, che si presentavano ad ore indeterminate, e duravano complessivamente dai 3 ai 4 minuti, senza disordinamenti delle funzioni gastro-intestinali, perlocchè il paziente non diede loro peso alcuno, e tanto più che spontaneamente si dileguarono nel breve lasso di 7 ad 8 giorni. Sui primi di Settembre dello stesso anno il dolore tensivo riapparve e continuo all'epigastrio, con senso di soffregamento quivi stesso e con irradiazione a destra; esso diminuiva per la pressione, ed inaspriva nelle profonde inspirazioni (?), impedendo inoltre all'infermo di giacere sul lato sinistro. Scomparve dopo due giorni, dietro un salasso generale ed un purgante oleoso.

A Bologna, ove erasi trasferito nell'Aprile del 1860, dopo sofferti per un patema d'animo turbamenti di digestione, fu nella notte del 15 Giu-

Digitized by Google

gno ripreso da una terza colica, violentissima, con senso di strangolamento all'epigastrio ed ipocondrio destro, e con vomiti, prima di materie alimentari acide assai, e poi di liquido filante di sapore disgustosissimo. Durò 40 ore, e cessava, secondo il malato, per la presa di olio di ricino, che avea cagionate abbondanti evacuazioni di feccie molto gialle. Poche ore dopo, cioè nella notte del 17, riapparve la stessa sindrome, che si dileguò egualmente per l'uso d'olio di ricino, lasciando il paziente privo di forze, avvilito, senza voglia di mangiare e con senso di vertigini.

D'allora in poi non istette più bene; gli si era fatta pesante la regione ipocondriaca destra; di quando in quando, particolarmente affaticandosi più del consueto, pareva che gli si mettesse addosso un po' di febbre, senza prodromo di freddo; avea generalmente poco appetito, era malinconioso, apatico e molto inflacchito, contuttochè la nutrizione si mantenesse in sufficiente buon stato. Trascinatosi, sempre più aggravato da questi incommodi, fino ai primi di Settembre 1862, ricoverò all'Ospedale Maggiore, ove, diagnosticata ipertrofia epatica, fu curato con pillole e l'applicazione di un vescicante all'ipocondrio dolente. Escito di là dopo un mese alquanto migliorato, passò discretamente il tempo fino al Febbraio 1863, nel quale ricadde nello stato predescritto, e stavolta con manifesta tumefazione del quadrante superiore destro dell'addome, emoroidi, che cagionavangli frequenti e violente trafitture all'ano, e febbre che appariva senza regola. Allora entrò nell'Ospedale delle Cliniche, da cui, a suo dire, esciva nel Maggio guarito del tutto dopo avervi bevuto in copia l'acqua di Vichy. L'ipocondrio destro era restato tuttavia alquanto tumido (1).

Uno stato di relativo benessere durò fino al Febbraio 1864, nel quale per un mese e mezzo fu tormentato da dolori, che dalla regione infrascapolare scendeano obliquamente in basso ed in avanti per le ascelle e le linee emiclavicolari. Erano notturni, e sparivano col lavoro della giornata. Al principiare del 1865 tornarono le sofferenze al destro ipocondrio, divenuto di nuovo più sporgente, e le turbe generali succennate, perlocchè ricorse il giorno 8 Maggio all'Ospedale Clinico. Nei due giorni successivi al suo ingresso, lo assaliva una colica pari a quelle già patite. Fu pensato allora trattarsi di *epatite sifilitica*, e stabilito in conseguenza di curare il Martini con ioduri e bagni alcalini; l'8 Luglio dello stesso anno esciva assai migliorato, ma sempre coll'ipocondrio alquanto gonfio.

Da quell'epoca all'attuale, non era più cessato il senso di peso e di pienezza e talfiata di dolore trafittorio all'ipocondrio destro; la sporgenza di questa regione era andata lentamente aumentando fino a conformarsi in una tumefazione voluminosa quanto la testa di un feto a termine; ed erano andate al pari tutte le altre sofferenze, che non occorre ricordare. Merita però che si noti particolarmente, non essersi le funzioni delle intestina disordinate che eventualmente per errori dietetici, che le uropoietiche furono sempre normali, che la nutrizione si mantenne in buon stato, che la pelle non mutò mai la tinta ordinaria, che perdette soventi volte sangue dall'ano, e che nell'estate del 1869 avea sofferti dolori forti, puntori, intermittenti, inaspriti dalla pressione e dai movimenti ed accompagnati da rumore di sfregamento, sensibile eziandio all'ammalato, alla parte posteriore del torace destro, dei quali accagionava la docciatura fredda, a cui era stato allora sottoposto.

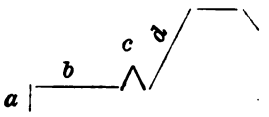
Esame fisico del 15 Gennaio 1870.

Inspezione. — Giacitura prescelta laterale destra, colle gambe flesse sulle cosce e queste sul bacino; arti inferiori atteggiati allo stesso modo giacendo l'infermo supino. Addome irregolarmente esagonale, metà sinistra più larga della destra, questa più voluminosa superiormente, quella in basso; linea xifo-ombellicale ed ombellico-pubica egualmente convesse. La regione compresa fra l'arco costale destro, la linea mediana, il prolungamento dell'acromiale destra e la trasversale all'ombellico, tumefatta, però con la cute soprastante normale fino alla presenza di cicatrici di sanguisughe, e vene sottocutanee bene visibili, con manisfesto movimento di discesa ed ascesa nell'addome, secondo il movimento del diafragma nell'in-ed espirazione.

Palpamento. — Col palpamento grossolano si sentiva corrispondere a quella tumefazione un corpo di resistenza elastica, indolente e di superficie liscia. Palpato metodicamente, se ne constatò la resistenza maggiore alla periferia e minore al centro, che nel punto più alto pareva quasi fluttuante. Premendo con forza sulle parti più resistenti ed in particolare sulla linea mediana dell'addome, si accagionava dolore. La tumefazione appariva circoscritta da margini tondeggianti, grossi circa un centimetro, di resistenza pari a quella delle fibro-cartilagini, e l'intero corpo composto di una base (formata dal fegato indurato), e di una parte più centrale, che si elevava sulla prima, come fa un cono di eruzione sul fondo di un cratere, cosicchè sentivasi benissimo una specie di collare intorno a questa porzione più elevata, che la separava ed in una la univa alla prima. Una sezione di profilo avrebbe dato a un dipresso il seguente schema.

(1) La storia pur troppo non fu possibile trovare nell'archivio della Clinica.

Digitized by Google



a) Margine o bordo libero del fegato.
b) Porzione orizzontale del viscere indurata, o base del tumore.
c) Cercine e collare che separa la base dalla porzione coniforme del tumore.
d) Cono smussato che si eleva dalla escavazio- limitata dal cercine.

Negli atti della respirazione il tumore si moveva parallelamente all'asse verticale del corpo; ma non era spostabile in qualunque direzione, nè fu possibile insinuare le dita tra esso ed il bordo costale. I confini trovati col palpamento furono: sulla linea mediana la cicatrice ombellicale, questo stesso livello sulla parasternale destra, tre dita trasverse dall'arco costale sul prolungamento dell'emiclavicolare, e finalmente a destra non determinabili distintamente.

Percussione. — Sulla linea mediana, ipofonesi da tre centimetri fino sopra l'articolazione del corpo dello sterno coll'apofisi xifoide, poi afonesi da qui alla cicatrice ombellicale. Sulla parasternale destra, ipofonesi sul corpo della quarta costa, indi afonesi sempre decrescente dal quarto spazio intercostale, fino ad un centimetro sopra il limite antecedentemente segnato in basso. Sulla emiclavicolare destra: ipofonesi dalla papilla mammaria al 4.° spazio, poi afonesi fino alla cicatrice ombellicale. Sulla linea acromiale destra: afonesi relativa sul 4.° spazio intercostale e quattro dita sotto l'arco; fra questi estremi afonesi assoluta. Sulla parasternale sinistra finalmente: ottusità dal 5.° spazio intercostale a tre dita trasverse sopra l'ombellico. La periferia del fegato calcolavasi approssimativamente di 58-60 centim., il diametro trasverso di 32 ed il verticale massimo di 24; l'area corrispondente al tumore di 14 centim. in trasverso, e 12 in altezza. Milza ingrandita, sporgente tre dita dall'arco costale; il suo margine libero arrotondato, grosso, resistente ed ineguale, dolente. L'organo largo 13, lungo 26 centimetri. Sul resto della parete addominale dappertutto fonesi timpanica. Nel torace nulla di abnorme, tranne la sua ampiezza maggiore a destra, in basso. Stato di nutrizione buono; glandule linfatiche normali. — Puls. 80; Resp. 18; Temp. 37. Appetito buono, defecazioni regolari, orine normali.

Epicrisi. — I fatti narrati non lasciavano luogo a dubitare, che le deformità notevolissime riscontrate nel fegato non fossero, per una gran parte almeno, il prodotto di un'epatite interstiziale, ed io non ripeterò quivi gli argomenti, che davano alla diagnosi un fondamento certissimo. Ma non egualmente indubitabile ne appariva ora la causa prossima, che altra volta io avea creduto trovare nella sifilide, della quale era stato infetto il paziente, giacchè non era davvero così facile intendere, come con tanta gravezza di alterazioni locali avesse a mancare ogni altro segno di quella discrasia. Perciò, avendo egli sofferto più volte di febbri intermittenti, per un anno nel 1833, per tre mesi nel 37, e per due nel 49, conveniva pur considerare, se da quelle avessero potuto provenire quei guasti anatomici e le rispettive lesioni funzionali. Tuttavia forti argomenti stavano contro questa ipotesi, ed erano: *a*) la lunghezza del tempo scorso (due lustri) tra l'ultima invasione di esse febbri (che, detto per incidenza, aveano anche durato meno) e l'apparire primo dei sintomi riferibili a lesioni funzionali epato-gastriche; *b*) la qualità stessa di questi sintomi, essendo rarissimo per la pratica e difficilissimo per la teoria, che coliche gastro-epatiche siano le prime manifestazioni della discrasia e delle alterazioni organiche cagionate da grave e ripetuta miasmatizzazione; *c*) il carattere quasi per intero locale conservato fin allora dallo stato morboso, che avrebbe seguito le febbri; *d*) finalmente il contrasto tra forma ed estensione dei cambiamenti attuali ed i soliti a prodursi dalla malaria, massimamente per rispetto alla importanza secondaria di quelli verificati nella milza.

Ed avendosi dalla storia del Martini conosciuto del pari, che egli era stato bevitore, ci si parava subito dopo innanzi l'altra probabilità del legame causale tra questo ed il fatto della epatite interstiziale. Ma la storia aveaci detto altresì, che in lui la passione per le bevande alcooliche non avea mai tocco un estremo grado; e non volendo pure dar gran peso a questa riflessione, valevole solamente a parità di sentire e reagire individuale, il corso della malattia dal suo esordire allo stato attuale costituiva tutta una serie di argomenti contrari a quel concetto etiologico. E poi, come avrebbero dovuto peggiorare le cose proprio quando il Martini, migliorato dei suoi incommodi (cioè nel 1864), si propose e menò in seguito vita più morigerata?

Tra le cause morbifiche s'avrebbe potuto annoverare eziandio il mestiere di cuoco. — E per fermo io ho visti parecchi fatti patologici degni di seria attenzione, cioè forme nevralgiche addominali (non saprei ora precisamente se del peritoneo, delle intestina o del mesenterio), delle quali appariva evidente il legame coll'azione del calore raggiante, a cui vanno esponendosi cuochi, fabbro-ferrai, vetrai e via dicendo, che cessano curate coi narcotici, e si potrebbero evitare in seguito usando di grembiuli di guttaperca, od applicando questa sulla pelle del ventre; ma non ho poi memoria alcuna di aver mai osservata

Digitized by Google

per tale cagione la benchè menoma deformità del fegato.

Finalmente la forma di tumore, che avea la parte più centrale dello sformamento, la figura sua sferoide, il senso di grande elasticità e quasi fluttuazione alla sommità sua, la lunghezza della malattia, la relativa mitezza dei sintomi, il nessun effetto sullo stato della nutrizione, doveano far nascere il sospetto di un echinococco, alla cui presenza ed azione meccanica avrebbero dovuto attribuirsi le alterazioni fisiche, conseguenza della infiammazione interstiziale del fegato. Nè occorre dire, che con ciò si compieva la rivista delle possibilità morbose, poichè nessuno, io credo, avrebbe perduto il proprio tempo a provare, che il carcinoma, l'adenoma od una ectasia dei condotti biliari, potesse essere la cagione prossima della deformità epatica. Se non che l'ipotesi pure dell'echinococco invalidava un argomento per me irrepugnabile, che non era tuttavia la mancanza dei fremito acefalocistico, perchè non è questo sintoma necessario alla diagnosi del parassita annidato nel fegato; ma sì bene il fatto, che ogni qualvolta gli incommodi del Martini diventavano insopportabili, ed egli sottoponeasi ad una cura, non solamente se ne liberava più o meno compiutamente, chè ciò poteva bene essere l'effetto della tolta iperemia, cagionata nei dintorni del parassita da eventuali occasioni, ma che altresì, ed in particolare nel 1865, l'anno nel quale avea praticata la cura antisifilitica, il tumore erasi manifestamente impiccolito e poi tornato successivamente a riaumentare di volume, producendo tutte le deformità e sofferenze sopraddescritte. Simile modo di comportarsi, dato che fosse il tumore costituito da un echinococco, esigeva che da un canto si fosse ammessa la degenerazione adipo-caseosa del suo contenuto (impiccolimento), e dall'altro il successivo riempirsi della cisti (novello ingrandimento), ambedue ipotesi contrarie manifestamente alla esperienza anatomica.

E così io tenni fermo nella prima diagnosi di epalite sifilitica recidiva, questo essendo fra tutti il processo meglio in accordo in generale colla sindrome di sintomi razionali e fisici. E dico in genere, perchè non mi nascondeva la grave difficoltà di conciliare, sulla base delle attuali cognizioni anatomo-patologiche, il fatto di un tumore tanto voluminoso, solido, sempre crescente coll'altro delle facili degenerazioni in cui corrono, quasi nel generarsi, gli elementi istopeici de' focolai sifilitici, e per le quali è in origine negata la possibilità di tumori voluminosissimi. Ma, lasciando pure a banda, che nelle malattie e nei loro prodotti il passato non è regola assoluta dell'avvenire, io riflettea poi che, coll'aver già altra volta diagnosticata la epatite interstiziale da sifilide, io non mi era legato indissolubilmente all'idea di tumori o tuberi isolati e vari di numero, ossia alla forma anatomica più comune della malattia. Per conseguenza di ciò, eraci permesso pensare, che la forma di tumore apparente sulla superficie del fegato fosse da tenersi come accidentale, e che in sostanza ivi avesse avuto luogo, ed avesse forse luogo anche attualmente, lo stesso processo, i cui effetti erano tanto manifesti e chiari nelle parti circostanti, salva la differenza che, a vece di dare un prodotto essudativo prima amorfo ed in seguito organizzantesi, avesse cagionato lo sviluppo diretto di un tessuto analogo all'interstiziale fibroso preesistente, una specie di fibroma, precisamente a quel modo come si vede germinare sulle piaghe nell'atto che stanno per cicatrizzarsi (cheloide spurio).

La persuasione in che io era di cogliere nel vero non era pertanto divisa dal Dott. Giovanni De-Sanctis, distintissimo allievo di questa Clinica, al quale era stata affidata la sorveglianza del Martini; laonde io credetti che ad infondergliela nulla avrebbe valso meglio della terapia. Fu prescritto di fare sulla regione del tumore frizioni con unguento mercuriale del più forte, e nello stesso tempo bagni generali alcalini, ed internamente una bevanda qualunque. Questa cura, continuata fino al 14 Marzo successivo, non fu di molto effetto: il tumore misurato il 10 di quel mese avea il diametro verticale di 8 (— 4) ed il trasverso di 14 centim., come per lo innanzi. Nel frattempo (21 Gennaio - 1 Febbraio) erano apparsi sintomi di irritazione intestinale (varie evacuazioni di materie liquide, fortemente gialle), che cedettero alle polveri di Dower.

Il successo benchè moderato poteva nullameno incoraggiare alla perseveranza nella cura antisifilitica. Ma poichè già da qualche giorno non si andava nè avanti, nè indietro, la diagnosi non guadagnava in certezza, ed il malato sentivasi disposto a tutto intraprendere purchè guarisse, io mi decisi a cauterizzare la parte più prominente del tumore, previa però la incisione, per circa tre centimetri di lunghezza, dello strato cutaneo, sotto-cutaneo e del muscolo retto, dal che risultò un taglio profondo più d'un centimetro. Allora tra le fibre divise del muscolo si collocarono due pezzi di pasta del Canquoin. Tutte queste operazioni non aveano per nulla sconcertato il paziente; le pulsazioni prima di operare erano 80, le respirazioni 24, - e dopo erano discese a 75, rispettivamente a 20; ma sulla sera fu verificata una reazione febbrile, cioè 38° 60 C. — Sulle due pomeridiane del 15 il malato venne assalito da brividi leggeri, che durarono mezz'ora, cui seguirono calore e trafitture al sito dell'operazione; il polso era a 82, la resp. a 24, la temp. 38° 20. — Dal 16 al 30 Marzo non vi fu più febbre (37° 20, temp. massima); tuttavia l'appetito era scarso, l'infermo pativa di nausee, aveva diarrea, e le evacuazioni (2-4 in un giorno) erano precedute da bor-

Digitized by Google

borigmi e dolori. In seguito anche questo epifenomeno cessò, ed infrattanto cadeva l'escara, ed il fondo della piaga coprivasi di granulazioni rosso-vivaci, abbondantissime. — Innanzi però di agire sul tumore stesso, parvemi necessario di sciogliere il quesito della sua solidità assoluta o relativa, ricorrendo alla puntura con un trequarti sottile. — Non escì goccia di fluido, nè nella prima, nè nella successiva puntura, e la mano dell'operatore (era il Prof. di Chirurgia, Pietro Loreta) sentiva benissimo, che lo strumento era compreso da una massa solida, la quale rendea impossibile qualunque anche leggero cambiamento di direzione.

Posto fuori di dubbio lo stato del tumore, sorgeva naturale il desiderio di conoscerne la composizione, al quale scopo fu spinto nella sua grossezza un trequarti colla punta a trivella, e fatto girare sempre nello stesso senso, da destra a sinistra, sì nel cacciarlo dentro che nell'estrarlo. L'effetto mancò; il trequarti fu estratto senza che trascinasse seco materiale solido da poter osservare sotto il microscopio. Ma appunto codesto risultato negativo dell'operazione confermava, a mio parere, amplissimamente le idee preesposte, cioè che il tumore fosse composto molto analogamente ad un fibroma. Perchè, data qualunque altra composizione, che non saprei se avesse potuto escire dalla categoria del tessuto connettivo semplice, era difficile che l'operazione riescisse vana, giacchè codesto tessuto ha bensì la proprietà di lacerarsi facilmente, sottoposto che sia ad una trazione prolungata e mediocremente forte, tuttavolta prima che ciò accada si lascia stirare come caoutchouc, perlocchè una qualche porzione si sarebbe certamente avvolta intorno la punta del trequarti a succhiello. — Invece, essendo il tessuto, che costituisce il fibroma, fragilissimo e dotato di poco o nessun coefficiente elastico, non era da fare maraviglia alcuna, se il trequarti era potuto entrare ed escire dal tumore senza portar seco frammenti di sorta, nei vari tentativi fatti con questa intenzione. Tutto ciò era avvenuto dal 7 al 9 Aprile, sulla sera del quale la temp. era a 38° 60, il polso 80, la resp. 25. Sulla mezzanotte apparvero brividi con nausee, vomiturizione, cefalea, senso di sbalordimento vertiginoso, prostrazione generale, dolori alla regione epatica ed all'intero addome.

10 Aprile	Matt.	P. 80.	R. 20.	T. 39° 40.	Anoressia
	Sera »	89. »	24. »	39° 20	
11 Aprile	Matt. »	85. »	25. »	»	
	Sera »	90. »	21. »	38° 20	

Nulla di nuovo. Fu prescritta internamente acqua di magnesia, ed una emulsione gommosa. Dieta 1.ª

12 Aprile. Matt. Sulle otto della sera precedente, freddo, poi calore e dolori pulsanti al tumore. Notte insonne. Alle 5 ½ antim., nuovo freddo generale per un'ora, poi caldo urente, indi sudore profuso. Nessuno appetito. Diarrea (materie giallo-verdastre). Guardato il sito della operazione, si vide gemere dalla piaga del caustico molto pus, e l'apertura esterna praticata dal trequarti a succhiello chiusa da un'escara. Il malato era moralmente abbattuto e timoroso di avvenimenti peggiori. Io, al contrario, sentendomi per le saldature che in quel lungo lasso di tempo doveano essere avvenute fra tumore e peritoneo parietale, abbastanza garantito contro una peritonite diffusa, andava pensando che, senza volerlo direttamente, io avea forse fatto all'infermo il maggior bene possibile, eccitando traumaticamente entro il tumore un processo infiammatorio, suppurativo, che avrebbe potuto a poco a poco distruggerlo. Nè pareami inoltre temibile un altro avvenimento, pure gravissimo, cioè che la suppurazione, oltrepassandone i limiti, avesse potuto col tempo intaccare anche il parenchima epatico propriamente detto, perchè era già risultato dall'esame obbiettivo delle parti e dalla storia, che il tumore (e probabilmente neppure in tutta la sua grossezza, ma solo nelle parti più alte) dovea aversi per la produzione morbosa più recente, circondata e sostenuta da un tessuto cicatrizio tenacissimo e quasi invulnerabile. Ad ogni buon conto, per troncare od almeno impedire la rinnovazione di accessi febbrili eguali o più gagliardi, prescrissi il solfato di chinino sciolto in acqua acidulata coll'elixir acido dell'Haller, e poi che si facessero sulla piaga degli epitemi freddi con una soluzione di solfito sodico. Continuando del resto lo stesso stato, la febbre cessò tosto, e non riapparve che alla mezzanotte del giorno 14; ma la mattina successiva la temperatura era nuovamente 37° 40, il polso 82, la respirazione 21. In quella stessa mattina si staccò l'escara precennata, lasciando scoperto un foro situato quasi nel centro della piaga, dal quale con uno specillo si potè penetrare per la profondità di 3 a 5 centimetri in varie direzioni, però in modo che lo strumento parea incuneato fra quelle parti. Da tutta la piaga e dall'apertura centrale di essa esciva pus di buonissima qualità. In seguito non vi fu più febbre, le funzioni gastro-intestinali presto (dal 15 al 20 Aprile) tornarono a norma, ed il malato non lagnavasi che di qualche dolore pulsante alla regione epatica internamente, dolore che nel prosieguo andò ancora più rarefacendosi. In questo frattempo era apparsa tosse con escreato muco-salivale, ma senza segni obbiettivi ne' polmoni; tuttavia essendo l'escreato difficile, si prescrissero poligala ed ipecacuana infuse assieme, con l'aggiunta d'un po' di laudano, ma la tosse insistente si protrasse fin presso il fine di Maggio (era cagionata forse dalla irritazione della pleura diafragmatica?). Al 21 Aprile il tumore era calato la metà (diametro verticale 6, trasversale 7 centimetri); il bordo del fe-

Digitized by Google

gato arrivava circa tre dita sopra la linea ombellicale, nel prolungamento della linea emiclavicolare. Da quel giorno la piaga e l'apertura continuarono a dare pus, il quale colava da questa in molta abbondanza e sotto forma di vero flusso, ogni qualvolta si premesse nei dintorni, o che il malato facesse profonde ispirazioni, o tossisse con forza e prolungatamente. La suppurazione si mantenne abbondante fino alla metà del Maggio, e mentre la piaga andava successivamente stringendosi, anche dall'apertura cominciò il flusso a farsi dapprima più scarso, e poi a gocciolare solo per la pressione intorno ad un esile forellino, che al termine del mese era definitivamente chiuso. Al luogo di esso e della piaga vedeasi una cicatrice rossa, tumida, elastica, raggiata. L'infermo andò progressivamente rinvigorendo col migliorare della nutrizione, e per vero allora pesava 58 chilgr., cioè 8 più che prima dell'operazione. Allorquando escì dalla Clinica, la località presentava il seguente aspetto: al posto occupato dal tumore un avvallamento, con in centro una cicatrice estesa quanto un pezzo da 5 centesimi; sottoposta ad essa sentivasi una resistenza pari a quella del tessuto fibroso, di forma e figura eguali alla cicatrice medesima; il diametro verticale del fegato ridotto a 12, il trasverso a 28 centimetri, la milza sempre grossa. Poco tempo dopo la escita dallo spedale, il malato mi offrì una sua fotografia, figurante il nudo di tutto il corpo meno gli arti inferiori. Io l'avrei qui riprodotta, se, lontano com'era dal prevedere l'avvenuto, non avessi nemmanco pensato a far fissare le stesse parti prima dell'operazione.

Dell'ascoltazione nella diagnosi differenziale delle presentazioni del feto

OSSERVAZIONI

DEL

Prof. CARLO MASSARENTI.

L'egregio Dott. Cesare Belluzzi nel Febbraio del 1869 leggeva all'Accademia dell'Istituto una interessante memoria (1), colla quale tende a rettificare un errore, che rinviensi nei manuali di Ostetricia riguardo al significato dell'ascoltazione nella diagnosi differenziale delle presentazioni del feto, mentre secondo lui il comune precetto di mettere il doppio battito in rapporto colla regione ombellicale delle gravide sarebbe fallace; e invece vi sostituirebbe altra norma all'uopo meno incerta. E a ciò egli viene condotto dal fatto clinico non solo, ma da indagini anatomiche e fisiologiche appositamente istituite. L'argomento è della massima importanza, ed io non posso che tributare i più sinceri elogi al distinto Collega, che con tanto amore coltiva questo ramo della medicina. Se non che trovando io di non potere accettare le conclusioni dell'autore della citata memoria, già stampata negli atti di quell'Accademia, crederei di mancare al debito di clinico ostetrico, se anch'io non facessi di pubblico diritto le riflessioni, che dal momento che apparve alla luce quello scritto venni in proposito facendo ai miei allievi; ai quali più che ad altri sono dirette queste mie parole, coll'intendimento, non già d'imporre loro la mia opinione, ma sì bene perchè dal confronto degli argomenti possano con cognizione di causa apprezzare sì l'una che l'altra sentenza.

Nelle presentazioni del vertice a gravidanza inoltrata accade di consueto, che la testa del feto col segmento inferiore dell'utero, da cui è protetta, prenda punto d'appoggio sul margine superiore del pube, ed in tale incontro l'ostetrico può sempre col dito introdotto in vagina scorrere sopra una superficie più o meno estesa della testa del feto, e riconoscere la sua presenza.

In questo caso praticando l'ascoltazione sul ventre della donna trovasi il rumore a doppio battito ad uno dei due quadranti inferiori dell'addome, in un punto più o meno sottostante alla linea ombellicale. Questo è un fatto, che non può revocarsi in dubbio; e nella generalità dei casi non può essere diversamente, per questo che e la testa e il tronco del feto flettendosi ed addossandosi alla superficie concava dell'utero, la regione toracica di quello non può arrivare a raggiungere la cicatrice ombellicale, ma vi deve rimanere più o meno al dissotto, come è ovvio dimostrare in un utero artificiale, in cui sia posto un feto come sopra atteggiato. Dal quale esperimento rilevasi pure ad evidenza, che se invece sono le natiche, che offronsi all'orificio dell'utero, queste per cagione degli arti inferiori si mantengono più o meno elevate dallo stretto superiore, per modo che il dito introdotto in vagina non perviene quasi mai a sentirle, e la regione toracica in questo caso portasi tanto in alto, da superare ancora la linea ombellicale.

Noi abbiamo potuto verificare diverse volte questo fatto sopra una donna nel 9.° mese di gravidanza, il cui feto, situato nell'utero trasversalmente, potevasi facilmente rivolgere; per cui quando venivano ricondotte all'orificio dell'utero ora la testa ed ora le natiche, ora sotto ed ora sopra udivasi il rumore a doppio battito.

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. Serie 2.ª, Tom. 9, Fasc. 1.°, Pag. 73.

Digitized by Google

L'utero dicesi avere una forma ovoide; ma se noi l'esaminiamo bene, vedremo che il suo diametro trasverso in prossimità del suo fondo è di centim. 24, diametro che va decrescendo mano mano che si va verso la sua cervice, per modo che ivi misura appena centim. 13. Per ciò si comprende, che l'utero in sostanza ha una figura piriforme, la cui parte più ristretta corrisponde al suo segmento inferiore, e la più ampia al superiore. Il feto, considerato nel suo naturale atteggiamento, si riduce ad una identica forma, vale a dire ha un'estremità voluminosa, rappresentata dalle natiche, ampliate dalle coscie e dalle gambe, e l'altra dal capo non suscettibile di ampliamento. Nell'adattarsi pertanto il feto nell'utero nel modo il più conveniente, non può a meno di porre le natiche verso il fondo, acciocchè i suoi arti abbiano spazio sufficente ai necessari movimenti; mentre collocandosi in senso inverso, le natiche, cogli arti ripiegati sul ventre, non possono raggiungere il segmento inferiore dell'utero ed abbassarsi fin nella sua parte estrema, come può fare la testa, ma necessariamente rimangono in un punto più alto: e allora il capo trovando nel fondo dell'utero uno spazio considerevole, è obbligato a portarsi ad uno dei lati di quello.

Questa è la ragione precipua, perchè il rumore a doppio battito nelle presentazioni del vertice trovasi sotto la linea ombellicale, e al disopra o al livello della medesima nella presentazione delle natiche, siccome si è osservato dal Velpeau, dal Cazeaux, dal Ballocchi, dal Esterle, dal Chailly e da tutti gli altri ostetrici, che dalla scoperta dell'ascoltazione in poi trattarono di questo argomento. Se non che bene considerando la proposizione, quale viene da loro formulata, di leggieri si scorge, che per essi nella diagnosi differenziale fra vertice e natiche l'ascoltazione non ha che un valore subordinato, giovandosi all'uopo innanzi tutto della palpazione e del riscontro. Nè può essere diversamente, giacchè niuno avvi che non sappia, potersi dare 1.° che nè la testa, nè le natiche si presentino all'orifizio dell'utero, tenendo il feto una posizione trasversale; 2.° che da una parte le natiche discendano molto in basso, in causa di una particolare disposizione degli arti inferiori; 3.° che dall'altra il capo del feto per ispeciali circostanze si trovi in un punto più elevato dell'ordinario. Nei quali casi eccezionali noi non ci potremo valere dell'ascoltazione per riconoscere la presentazione del feto, essendo necessariamente cambiati i normali rapporti delle parti. Resta però sempre vero, che in generale nella gravidanza dall'ottavo al nono mese, o nei primordi del soprapparto (e non in qualunque tempo del medesimo, come si potrebbe intendere dall'espressione del Dott. Belluzzi) (1), quando la testa è in basso, il rumore del cuore del feto è più o meno al disotto della linea ombellicale; ed alla linea stessa od al disopra, quando si presentano le natiche. Che se dannosi dei casi, in cui non si serbino i suddetti rapporti, come disopra abbiamo notato, questi formano una eccezione alla regola, ma non la distruggono. E perchè il Dott. Belluzzi avesse diritto di dichiarare inesatto od erroneo il precetto degli autori, sarebbe stato mestieri, che sopra le sue 555 donne, prese in esame nella Maternità, avesse trovato nel maggior numero di esse invertito l'ordine suespresso dei suoni cardiaci; mentre i soli 4 casi da lui riferiti, tre dei quali relativi alla presentazione del vertice, od uno a quella delle natiche, non valgono a demolire un'osservazione fatta e confermata dalle prime celebrità ostetriche, le quali tutte onninamente concordano nell'ammettere la suindicata coincidenza, non già per reciproca deferenza, ma bensì per migliaia e migliaia di proprie osservazioni.

I casi più circostanziati riportati dal Belluzzi, e in cui il feto è posto longitudinalmente nell'utero, e che servir dovrebbero a comprovare l'inesattezza della regola generale ammessa dagli autori, si riducono ad un solo.

Trattasi di presentazione delle natiche, constatata col riscontro vaginale, in donna che, quando ei fu chiamato, trovavasi in soprapparto da non breve tempo, e nella quale da nove ore erasi osservato lo scolo delle acque dell'amnio: il ventre era mollo dolente, spasmodiche le doglie, e i rumori cardiaci fetali si percepivano a *sinistra della linea mediana, e in un'area, che dalla linea ombellicale si estendeva in basso per vari centimetri;* per cui se egli avesse dovuto far la diagnosi col solo dato dell'ascoltazione, avrebbe detto trattarsi della presentazione del vertice: - e da ciò deduce la *fallacia di mettere in rapporto l'ombellico della donna coi battiti cardiaci del feto.*

Ma se noi esaminiamo attentamente il fatto in tutti i suoi particolari, di leggeri troveremo la ragione dell'anomalia. E in vero se consideriamo, che quando il Dott. Belluzzi vide la donna il travaglio datava da un pezzo, che le acque erano fluite da nove ore, e che l'utero era spasmodicamente contratto sul feto, dovremo convincerci, che il corpo di questo, su cui l'utero erasi validamente addossato per respingerlo al di fuori, non si trovava più nelle condizioni che si richieggono, per essere portato qual argomento contro il comune dato dell'ascoltazione, riconosciuto dagli autori nelle presentazioni delle natiche. Noi possiamo benissimo ritenere, che se il Belluzzi avesse esaminata la donna avanti il soprapparto o nei primordi del medesimo (e non 9 ore dopo lo scolo delle acque), avrebbe senza dubbio sentito i rumori cardiaci superiormente all'ombellico. Che se si fosse trattato di una presentazione

(1) Memoria citata, pag. 75.

Digitized by Google

del vertice, come il solo dato dell' ascoltazione considerato *isolatamente* avrebbe, a senso del Belluzzi, potuto far credere, allora per gli effetti già discorsi del soprapparto così avvanzato, il doppio battito cardiaco, anzi che alla regione ombellicale, sarebbesi sentito alla corrispondente fossa iliaca, a meno che non si fosse trattato d' idrocefalo o di un restringimento dello stretto superiore, che avesse obbligato la testa del feto a rimanere in un punto più alto dell'ordinario: ma tali casi essendo fuori delle condizioni normali, non possono venir messi in campo per addimostrare la erroneità del comune significato attribuito all'ascoltazione.

Convinto egli pel fatto narrato, che il precetto degli autori sia erroneo, si fa ad indagare donde abbia desso avuto origine; e crede che sia venuto dal ritenersi dai medesimi, che l'area cardiaca del feto sia più vicina al capo che alle natiche. Ma per quanto io mi sappia non avvi alcuno fra gli ostetrici, che si esprima in simili termini. Neppure l' Esterle stesso, appositamente citato dal Belluzzi, dà al fatto una tale spiegazione. E invero, laddove tratta delle obbliquità del feto (passo ricordato appunto dal nostro autore), così si esprime «.... essendo il feto trasversalmente posto, si sentono (i battiti del cuore) marcati all' altezza dell'ombellico ed alla sua destra, quando la testa si trovi al lato destro, a sinistra nel caso opposto.» Nè altrimenti si comportano gli altri autori nel trattare delle presentazioni del vertice e delle natiche, limitandosi a dire che *nelle presentazioni di quello i rumori cardiaci odonsi sotto la cicatrice ombellicale, ed al livello o al disopra nel caso che si presentino le natiche.* Ma in simili espressioni sembrami che s' includa un fatto puramente empirico, anzi che una deduzione di una osservazione anatomica; vale a dire, che nelle varie presentazioni del feto il rumore cardiaco si oda sopra o sotto l'ombellico per la posizione del cuore rispetto agli estremi dell' ovoide fetale.

Il Dott. Belluzzi, dichiarato fallace ed erroneo il confronto della cicatrice ombellicale col battito del cuore, viene a porgere altra norma a fine di mettere a profitto l' ascoltazione nella diagnosi differenziale delle presentazioni del feto; e consiste nel *misurare l'altezza del corpo uterino dal suo segmento inferiore al fondo, e trovata l'area cardiaca fetale, ritenere con moltissima probabilità, che l' estremità più vicina all' area stessa sono le natiche.* E un tal metodo viene dall'autore appoggiato 1.° ad osservazioni, tendenti a mettere fuori di dubbio, che *il cuore del neonato trovasi più verso alle natiche che al vertice;* 2.° ad ascoltazioni appositamente praticate tanto in donne inoltrate nella gravidanza o in soprapparto, quanto in neonati, dalle quali rileverebbesi, *che il luogo ove sentesi più distintamente il cuore fetale è più vicino alle natiche che al capo.* Sulle quali cose io verrò partitamente facendo alcune riflessioni; e innanzi tutto prenderò in esame l'osservazione anatomica, come quella che è la base della nuova teoria.

Nelle due figure, che ne dà il Belluzzi, vedesi chiaramente, ch' ei mette il centro dell'area cardiaca più vicino alle natiche che al vertice; e quei disegni sono la riproduzione di preparati anatomici instituiti in parecchi neonati, che morirono pochi giorni dopo la nascita.

Prima di tutto farò notare, che nelle suddette figure è alterata la posizione, che il feto tiene nell' utero, imperocchè manca della curvatura che gli è propria; per cui si direbbe, che avesse piuttosto la forma cilindrica anzichè l' ovoide. Il feto poi, che presenta le natiche, sebbene gli arti conservino il loro atteggiamento naturale, tocca colle medesime l' estremo del segmento inferiore dell' utero, ciò che è contrario al fatto. Situandolo in tal modo, egli ha necessariamente dovuto allargare la parte inferiore della cavità uterina, ove osservansi i membri inferiori strettamente addossati al ventre, da rendere impossibile ogni loro movimento: e trovasi perciò tale estremo dell' ovoide fetale talmente imprigionato, da sembrare che l' utero sia in contrazione per avvenuto scolo delle acque, e che il feto siasi perciò abbassato colla sua parte presentata fino alla parte più infima del cavo uterino. In una parola, l' estremità podalica del feto, quale osservasi nella suddetta figura del Belluzzi, è nei medesimi rapporti coll' utero di quella che dà lo Chailly per far vedere, che se il feto deve arrivare a toccare il fondo del segmento inferiore dell' utero, bisogna che abbia gli arti estesi ed allungati contro il suo piano anteriore.

Al solo vedere quelle figure parvemi, che l'area cardiaca non fosse al suo posto; ma trattandosi di un argomento di fatto era mestieri ripetere la osservazione, per vedere se le cose erano realmente come asserisce l' autore: e questo è quanto io ho eseguito nella mia clinica, in presenza degli alunni, sul cadavere di un neonato bene sviluppato in tutte le sue parti, ed estratto morto per essere rimasto col capo lungamente in vagina. Non avendo egli respirato, offriva le condizioni di un feto nonimestre, quale appunto trovasi nell' utero. In esso dopo aver messo a scoperto il cuore (mediante la risecazione di una porzione del torace sinistro), ne trapassammo con uno specillo il centro perpendicolarmente al suo asse, facendone in pari tempo inalzare un altro alle due estremità cefalica e podalica, paralellamente a quello che sorgeva dal centro cardiaco: e misurata la distanza tra questo specillo e quelli, la trovammo presso che eguale, per lo che si può dire che *il cuore occupa realmente il punto centrale fra il vertice e l'estremità podalica.* Flesso quindi il capo, o meglio ancora inclinatolo lateralmente, non si mantenne

Digitized by Google

più la suddetta equidistanza, bensì lo specillo dell' estremità cefalica si avvicinò di 2 centimetri a quello del centro (1). Come dunque può stare la conclusione del Belluzzi, che l'area cardiaca è più vicina alle natiche? Io non so quale metodo egli abbia tenuto nelle sue osservazioni; egli è certo, che quello da me seguito è il più acconcio a far conoscere la verità. Epperò io asserisco senza tema di errare, che *nel feto, come sta piegato nell' utero, l' area cardiaca è più vicina all' estremità cefalica.*

Addimostrata l' insussistenza del fatto anatomico, cade di per sè l' osservazione fatta dal Belluzzi sui neonati vivi, quale rinviensi nel suo secondo specchio: imperocchè, se è vero che il centro del cuore segna il punto di mezzo fra vertice e natiche, non può altrimenti sussistere, che coll' ascoltazione venga percepito il battito cardiaco da 1 ad 8 centimetri più vicino a queste.

Ma oltre la indiretta confutazione, abbiamo anche argomenti diretti da contrapporre all' osservazione dell'autore, voglio dire i risultati delle ascoltazioni da noi appositamente praticate nella Clinica, dalle quali abbiamo dovuto convincerci, che la maggiore intensità dei rumori cardiaci sentesi sopra una linea, che circondi il torace del neonato pressocchè al livello del bordo ascellare posteriore, precisamente nel punto stesso segnato dal Chailly nelle relative figure; mentre in quelle del nostro autore l' area cardiaca cadrebbe su di una linea corrispondente all' altezza dell' ipocondrio sinistro. Messi poi in rapporto gli estremi dell'ovoide del neonato col punto centrale del rumore a doppio battito, abbiamo trovato che nei neonati a testa non tanto grande, la distanza fra il cuore ed il vertice è minore di quella, che esiste fra il primo e le natiche; e che in quelli a testa molto sviluppata le due distanze sono incirca eguali. Nè ci limitammo a praticare delle ascoltazioni direttamente sui neonati; ma bensì ne eseguimmo sopra diverse donne della nostra clinica, le quali trovavansi nel corso del nono mese di gravidanza, e il cui feto era situato obbliquamente nell' utero, essendo la testa ad una fossa iliaca, e le natiche alla parte opposta del suo fondo. Ebbene! in esse rinvenuto il punto di maggiore intensità dei rumori cardiaci, e misuratane la distanza dalle due estremità del feto, abbiamo trovato essere decisamente minore quella dalla parte cefalica che dalla podalica; per cui se non ci fossimo accertati colla palpazione della vera posizione del feto, seguendo gli insegnamenti del Belluzzi saremmo incorsi nell' errore di diagnosticare, che alla fossa iliaca vi fossero le natiche.

(1) Il medesimo esperimento è stato di nuovo eseguito nella Clinica Ostetrica nello scorso Agosto sopra un feto ottimestre, nato morto, e si ebbero gli identici risultati.

Bastano queste poche osservazioni per render chiaro, che il nuovo metodo insegnato dal Belluzzi per applicare l' ascoltazione al diagnostico differenziale delle presentazioni del feto non può essere accettato con tutta fidanza, giacchè ora gli mancano le fondamenta sulle quali era stato eretto.

Ma evvi anche di più: trovata l' area cardiaca con tutta precisione e sicurezza (supposto che il feto sia situato longitudinalmente nell' utero), non trattasi più, come si disse, di metterla in rapporto coll' ombellico della donna, ma è duopo, secondo lui, misurare l' altezza dell' utero, e allora solo, confrontando le distanze degli estremi dell' ovoide uterino col battito cardiaco, saremo in grado di conoscere la presentazione, stimando egli che l' estremo dell' ovoide uterino, che trovasi più vicino all' area cardiaca, siano le natiche.

Ora vediamo, se questo metodo può condurre a buoni risultati, indipendentemente dalla questione della distanza dell' area cardiaca dai due estremi dell' ovoide fetale. Perchè ciò fosse converrebbe che fra utero e feto corresse sempre la medesima proporzione; ma invece le cose sono diversamente, non essendovi sempre corrispondenza fra l' altezza di questo e il diametro longitudinale di quello. E però quando avviene, che l' altezza dell' utero sia maggiore di quella del feto, e sia la testa che si presenti, egli è certo che anche nell'ipotesi del Belluzzi, che il cuore si trovi più vicino alle natiche, il massimo d'intensità dei rumori cardiaci dovrebbe trovarsi più vicino al segmento inferiore, contrariamente alla sua teoria.

Infatti supponiamo che il Belluzzi si trovasse in presenza di un utero, che avesse l'altezza di 40 centimetri, e di un feto che pel suo atteggiamento naturale ne misurasse in lungezza soltanto 30; egli è certo che potrebbe trovare il rumore cardiaco lontano dal segmento inferiore dell' utero, su cui riposa il capo, soltanto 17 centimetri, mentre la distanza dall' estremo superiore ascenderebbe a 23; misure queste che secondo i suoi principi lo condurebbero alla falsa diagnosi di una presentazione podalica. Questo esempio, facile a verificarsi in pratica, basta a provare, che il metodo da lui proposto deve trovare degli ostacoli insormontabili nella sua applicazione, qualunque sia la idea che si voglia adottare circa la ubicazione del cuore rispetto agli estremi fetali; ostacoli che derivano dalla somma variabilità dell' altezza dell' utero, come rilevasi dai casi notati dallo stesso autore nel primo specchio, i quali offrono la differenza sensibilissima di 15 centimetri, che è quasi doppia della differenza che passa fra le varie altezze degli ovoidi fetali e fra le varie distanze della cicatrice ombellicale dal pube. Laonde gli errori, a cui potrebbe dar

Digitized by Google

luogo un tale metodo, sarebbero assai maggiori di quelli, che possono incontrarsi seguendo la comune pratica di raffrontare i battiti cardiaci coll' ombellico.

Ma qualunque sia il metodo che si segua, l'ascoltazione non potrà mai essere un mezzo sicuro ed infallibile a riconoscere le presentazioni del feto. E valga il vero, perchè ciò fosse converrebbe che nulla potesse mai alterare la trasmissione delle onde sonore; bisognerebbe che il feto fosse inflessibile; che ogni punto del torace fosse sempre equidistante dalla superficie uterina; che avesse sempre l' area cardiaca libera dai membri, che ad ogni istante la ricoprono; in una parola bisognerebbe che il feto rimanesse in un invariabile atteggiamento, ciò che non sempre avverasi, come ognuno potrà verificare, e come noi stessi osservammo nella nostra clinica sopra una donna, il cui feto offriva il suo piano anteriore alquanto inclinato in avanti. In essa l' ascoltazione faceva sentire il massimo d' intensità dei rumori cardiaci così prossimo al capo, da far credere trovarsi questo più vicino al cuore di 4 centimetri. La causa di questo fenomeno consisteva nella presenza di un braccio (che potevasi afferrare dalla nostra mano) di contro l' area cardiaca, libera rimanendo la regione clavicolare sinistra, da dove appunto ci venivano più sensibilmente trasmessi i rumori del cuore in un punto diverso da quello, ove realmente dovrebbero udirsi. Il medesimo effetto può aversi dalla presenza della placenta contro il torace del feto, lasciandone scoperto un punto più o meno lontano dal centro cardiaco. Un' altra considerazione è a farsi per giudicare della sua ubicazione dalla maggiore intensità dei battiti del cuore, ed è, che in taluni casi si avvertono dessi colla medesima forza per un' area molto estesa, per cui non saprebbesi precisare quale punto dell'addome trovisi in più diretto rapporto col cuore del feto. Per le quali cose tutte bisogna persuadersi, che la presentazione del feto vuol essere riconosciuta colla palpazione e col riscontro, senza di che l' ascoltazione riescirebbe molte volte incerta e fallace.

Dal fin qui detto risulta adunque:

1.° Che i pochi casi riferiti dal Dott. Belluzzi non hanno un valore sufficiente a distruggere una regola generale, che ha l' appoggio nel ragionamento, e la sanzione dalla pratica di tutti i più illustri ostetrici; e che anzi quello della presentazione delle natiche è un argomento contrario alla sua teoria;

2.° Che il rapporto dei battiti del cuore coll'ombellico, trovato dagli autori, è un fatto puramente empirico, e non un corollario di un'osservazione anatomica;

3.° Che per mie proprie osservazioni ritengo non conformi al vero gli atteggiamenti del feto riportati nelle due figure del Belluzzi, per cui perdono ogni valore dimostrativo riguardo alla distanza degli estremi fetali dall' area cardiaca;

4.° Che io ho argomenti diretti, sia anatomici, sia fisiologici, da contrapporre al Belluzzi riguardo alla ubicazione del cuore;

5.° Che il nuovo metodo da lui inseguato per mettere l' ascoltazione a profitto del diagnostico differenziale delle presentazioni del feto, poste anche come vere le sue premesse, condurrebbe non meno dell' altro ad erronei giudizi.

Laonde io mi tengo in diritto, per intimo convincimento, di continuare in Clinica l'antico insegnamento, tenendo però sempre fermo, che non è altrimenti sul doppio battito, bensì sulla palpazione e sul riscontro vaginale che bisogna fare il maggiore assegnamento nella diagnosi differenziale delle presentazioni del feto. In proposito di che riporterò l' opinione di un celebre stetoscopista vivente, che parlando dell' ascoltazione dell' utero nella gravidanza così si esprime: « On avait pensé, que l'on pourrait peut-être diagnostiquer la position du foetus à l' aide des tons du coeur de celui-ci; *mais cette idée parait aujourd-hui abbandonée* » (1).

(1) Skoda. Traité de percussion etc. traduit par Aran. Paris 1854, pag. 323.

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

Memoria premiata con premio d' incoraggiamento al concorso Cagnola dal R. Istituto Lombardo

(Continuazione, vedi il N. 7).

Cura della pellagra coll'acido arsenioso in contado senza cambiamento di regime.

Dunque, malgrado le molte eccezioni, fra tutti i rimedi tentati per curare la pellagra, quelli che hanno corrisposto nel maggior numero dei casi fu-

Digitized by Google

rono il cloruro di sodio negli impuberi e l'acido arsenioso negli adulti.

Se non che per quanto evidenti mi paressero i fatti raccolti nella mia sala e in quelle del Tebaldi, Namias, del Manzini e del Ceccarel, io non rimaneva senza scrupolo e dubbio, che in alcuni casi, se non in tutti, la lauta dieta ospitaliera influisse esclusivamente sulle guarigioni. Mancavami, d'altronde, coraggio di esperimentare il rimedio, tenendo gli ammalati nella scarsa dieta loro abituale.

Mi decisi, allora, ad esperimentare il rimedio nelle campagne, laddove la scarsa dieta era non che attuabile, dettata dalla necessità. Ed eccone i risultati:

Maggi, d'anni 47, di Costa dei Nobili, alto, macilente, con orecchie mal conformate, soffre di vertigini, rumori agli orecchi, voracità, peso allo stomaco, prurito, e come una sensazione di punture d'aghi alla pelle. Da 9 anni ha desquammazione alle mani, e tale indebolimento muscolare, che deve interrompere due o tre volte alla settimana il lavoro: ha il figlio e la moglie pellagrosa. — Sottoposto in campagna alla cura arsenicale nell' Aprile 1868, alla dose di $1/_{20}$ di milligr. al giorno, crescendo dopo una settimana la dose fino ad un milligr. al giorno, nel Giugno non soffre più le gastralgie, cessa la fame, il prurito; continuano la vertigine e l'indebolimento muscolare, il qual ultimo scompariva del tutto nel Luglio, nè più recidivava.

Bindolini, donna di Pieve Albignola, d'anni 60, perdette il padre e fratello di pleurite, la madre di anasarca; ha 5 figli, di cui 2 epilettici ed 1 pellagroso. A 35 anni sofferse di flemmone, e di tifo, poi di pleurite e di febbri intermittenti. Costretta a mangiare, tre anni fa, maiz ammuffito, molto ne ebbe a soffrire; finalmente, dopo un quinto puerperio, accusa gastralgie, sopratutto dopo aver bevuto acqua, prurito, vista torbida, dolori nella schiena, cefalea, confusione di mente, «sicchè (dice ella) bisogna che giri per ricuperare la chiarezza delle mie idee», tendenza a piangere senza alcuna causa, desquammazione delle mani e della fronte, e una straordinaria diminuzione delle forze, per cui si trascina piuttosto che non cammini. Questi mali durano da due anni. — Nel Settembre 1869 io le fornisco una soluzione arsenicale da prendersi a $1/_{20}$ di milligr. al giorno; nel Novembre mi ritorna coll'occhio lucido, la faccia lieta, e libera da tutti quei disturbi gastrici, psichichi e muscolari, che la tormentavano.

Campari Teresa, d'anni 39, pure di Pieve Albignola, perdette la madre, la nonna e un fratello di tisi, e il padre di idrope. Maritata a 20 anni ebbe nove figli; al secondo parto, ossia dieci anni sono, si lagna di battiti nel capo, di senso di sbarra nello stomaco, di cefalee, dolori agli intestini che si risvegliano andando nell'acqua, desquammazione, tendenza a cadere all'indietro, dolore infradorsale, voglia di piangere senza alcuna causa; più tardi bruciore nelle braccia, prurito continuo come se avesse dei pidocchi, sbalordimento a veder l'acqua, miglioramento di tutti i sintomi ne' giorni caldi, meno però della cefalea. Questi sintomi perdurano in maggiore o minor grado fino al Luglio 1859, in cui curata colle stesse dosi arsenicali, dopo 25 giorni di cura prova un notevole miglioramento in tutte le sensazioni dolorose del corpo, del capo e dell'intestino, e si dice ritornata la donna di prima.

Bianchi Giovanni di Binasco, bifolco, sufficientemente provveduto di fortuna, d'anni 51, perdette il fratello, che pare fosse erpetico, il padre e la madre di gastrite. Sofferse già di itterizia e di reumatismi; ebbe tre figli, di cui uno soffre di malattie intestinali; mangiò maiz ammuffito, e da 7 anni nel mese di Luglio ed Agosto, e nel 1868 anche in Dicembre, soffre di sussurro agli orecchi, vertigini, rutti, desquammazione alle mani, formicolio ai piedi, che svanisce quando si move. Trasalisce al più piccolo rumore, appena addormentato sente come gli si gettasse acqua fredda sul capo. È un individuo robustissimo, atletico di forme, pesante 72 chilogr., che non presenta più alcuna traccia di desquammazione, e delle forme pellagrose null'altro che l'occhio vitreo, la pupilla dilatata. Esaminato all'oftalmoscopio, la retina è leggermente suffusa intorno alla papilla, che è schiacciata orizzontalmente, ed ha margini confusi al lato esterno. — Sottoposto nel Luglio e Agosto alla cura arsenicale, peggiorava di molto nella nutrizione e anche nei fenomeni generali; la vertigine si faceva anzi più frequente di prima, sicchè sospesi il rimedio, e ricorsi al conio maculato, al cocculus, che ottennero qualche miglioramento.

Corbella, d'anni 57, pescatore, di Filighera, perdette il padre di pleurite e la madre di tetano. Ricorda aver mangiato tre anni fa maiz ammuffito, quando la polenta era cara; prendeva però rane, fagiuoli, latte, e tutti i giorni vino, del quale anzi pare abusasse. Ai primi di Marzo 1867 prova prurito generale, cefalea, bruciore nel capo, negli occhi, nel naso, che migliorava cacciando il capo nell'acqua; debolezza poi straordinaria, e finalmente qualche accesso di paresi della vescica e del retto, da non poter mingere nè emettere le feci se non dopo aver eccitato il moto riflesso col porsi nell'acqua. Balordo, sicchè dimenticava il nome della propria contrada, dei propri figliuoli, era leggermente balbuziente e con tendenza a ripetere le parole a modo degli alcoolisti. — Questo individuo, avendogli io prescritto nel Luglio 5 centigr. d'acido arsenioso da sciogliere in 2 litri d'acqua alcoolizzata, di cui doveva bere un cucchiaio al giorno, per una imprudenza, che ben prova la sua balordaggine, si beve tutta la dose in un giorno solo, senza provarne altro effetto che una forza aumentata. Io credetti bene di non rinnovargli la dose, temendo che a una seconda prova potesse essergli più fatale; pensando alla complicazione alcoolistica, gli prescrissi una forte dose d'oppio, e poi ogni settimana gli somministrava io stesso un milligr. d'acido arsenioso; dopo due mesi e mezzo di cura l'individuo dicevasi completamente guarito, e certo lo era dalla paresi e dalle sensazioni dolorose della cute, non però completamente da quella balordaggine, da quella tendenza a precipitare atti, pensieri e parole, che in lui mi pareva causata, oltrecchè dalla pellagra, anche dall'alcoolismo.

Giardini Maria, moglie del Giardini già curato per pellagra, originaria di Villanterio, d'anni 35, ebbe 4 figli, e fu sana e robusta sino all'epoca

Digitized by Google

in cui dovette mangiare polenta tocca dalla tempesta. Cominciò allora ad accusare cefalee, borborigmi, pirosi ostinate, qualche volta diarrea, desquammazione alla cute delle mani, fenomeni che durano da due anni. Venuta da me nel Marzo 1868, trovo un individuo d'aspetto geniale, abbastanza ben nutrita, statura alta, cranio ben conformato, pupilla alquanto dilatata, lingua sporca, leggero eritema al dorso delle mani, forza muscolare persistente; si lagna di continue gastralgie, vomiti e senso di voracità insaziabile. — Curata con $1/_{20}$ di milligrammo al giorno, dopo 20 giorni si sente perfettamente guarita, e non è più recidivata.

Maggi Regina, d'anni 40, di Costa, ebbe otto figli; dopo il quarto figliuolo essa, che alquanto benestante era caduta in miseria, accusa dolori al ventre appena mangiato, cefalee, vertigine soprattutto abbassandosi, scottore ai piedi, dolore in mezzo alla schiena, ed un senso come di vuoto nel ventre; non può veder l'acqua senza cadere, le mani si screpolano ed arrossano. Ha l'occhio vitreo, la cute gialla, grande dimagramento, e un camminare tempellante come nei veri pellagrosi. — Venuta da me nel Giugno, dopo un mese e mezzo di cura d'acido arsenioso dice aver ricuperate completamente le forze e sentirsi bene.

Mascherpa, d'anni 11, di Borgo Ticino, figlio di madre robusta, nonno e zio pellagroso, e di padre che ebbe già a soffrire nella gioventù di pellagra; ha l'aspetto di un bambino di 7 anni, cute giallognola, occhio opacato, cammina a stento, cerca sempre gli angoli della casa, vi si rannicchia, patisce spesso di diarree, e di voracità insaziabile, e nella primavera dell'anno scorso ebbe desquammazione alla nuca, al petto e al dorso delle mani. Curato per molto tempo coi vermifughi e dappoi coi ferruginosi, non ebbe punto a migliorare; io suggerii alla madre le frizioni di cloruro di sodio sul dorso e sul ventre. Dopo 40 giorni di queste il ragazzo assunse un aspetto vivace, la cute si fece rosea, migliorò notevolmente nella nutrizione, sicchè può dirsi completamente guarito.

Rovati, di Verona, d'anni 46, con parenti sani, meno un cugino; discretamente sano, ma che si nutre male. Da tre anni soffre di diarrea, di un eritema, di edema degli arti, voracità, e difficoltà di digerire, ed una singolare confusione di idee, per cui quando vuol porsi ad un lavoro agricolo pensa ad un altro che dovrebbe eseguire, e non fa l'uno nè l'altro; ha alle volte cefalea, bisogno di vociare, mostra magrezza. — Al 1.° Giugno 1870 intraprende la cura, all'ultimo di Luglio è guarito.

Lenotti G., d'anni 38, di Alessandria, maritata, fresca di puerperio, si lagna di scottore alle mani e ai piedi, stitichezza, cefalea, dispepsia; ha le pupille dilatate, pelle gialla, grande dimagramento. — Curata nel Maggio, in 25 giorni apparve guarita.

Cristani, di Zinoschi, di anni 44, vedova, povera. Dopo uno spavento a 30 anni soffre leucorrea, e nell'anno scorso edema, idrope, cefalea, gastralgia, sonnolenza, bruciore ai piedi, desquammazione. — Curata in Marzo, in 15 giorni si sente ristabilita, nè recidivò l'anno dopo, sibbene divennero pellagrosi i suoi ragazzi.

Moro Giovanna, di Pieve Porto Morone, d'anni 32, moglie di un maniaco, poverissima, da sei mesi soffre rutti, vertigini, dolori al dorso, bruciore ai piedi, difficile digestione; è giallastra, cogli occhi invetrati, balbuziente. — Dopo un mese di cura nel Marzo 1870 ingrassa, prende un aspetto giovanile, lavora, non ha più disturbi.

Questi casi sono pochi e non tutti molto eloquenti. Ma i miei contatti colle campagne erano così scarsi e saltuari, la diffidenza del contadino verso il medico di città così grande, che per quanta diligenza ci mettessi, non mi riescì ottenere di estendere le cure, ed io avrei dovuto smettere ogni speranza di avere un criterio esperimentale severo sull'efficacia del mio metodo, se non avessi avuto il soccorso efficace di cinque medici, che m'onorarono della loro cooperazione, e sono il Dott. Marenghi, il Dott. Casali, il Dott. Peroni, il Dott. Cambieri, il Dott. Tibaldi, il Dott. Cremaschi e il Dott. Gaiter.

Quest'ultimo avendo condotto a guarigione un bel numero di contadini a Rivoli e a Pazzolo, non ebbe però il tempo di raccoglierne le storie.

Dei risultati degli altri, benchè siano già stati pubblicati per la stampa, sarà prezzo dell'opera il dare un riassunto fedele, serbando le stesse loro espressioni.

Ecco le cinque storie del Casali raccolte a Belgioioso.

V..... Giuseppa, d'anni 75, di qui, fu maltrattata da varie malattie in sua vita, ed ebbe a figliare otto volte. Da cinque anni le comparve l'eritema pellagroso al dorso delle mani, e da circa quell'epoca ebbe a provare debolezza generale, senso di fuoco alla regione della spina, formicolio ai piedi, da ultimo capogiri, ed interpolatamente qualche segno di alienazione mentale. Si nutre quasi esclusivamente di polenta.

Somministrai ad essa l'acido arsenioso, facendo sciogliere 5 centigr. del rimedio in 600 grammi d'acqua, coll'aggiunta di poca quantità di alcool; di tale soluzione ne prescrissi un piccolo cucchiaio da caffè in un bicchier d'acqua zuccherata, da consumarsi nella giornata (1), ingiungendo ai parenti di aumentare la dose del rimedio d'un piccolo cucchiaio ogni cinque giorni.

La paziente dopo un mese circa di cura, nel quale consumava due centigrammi presso a poco di arsenico, ammalava di febbre reumatica, per cui si dovette desistere dalla cura intrapresa. Essa però in sì breve periodo di tempo già aveva provato qualche benefico effetto dal propinato rimedio, vale a dire, acquistò nell'appetito, i movimenti in essa si fecero più lesti, e non ebbe mai a provare in questo intervallo, nè in seguito, fenomeni che accennassero a sconcerti di mente.

C..... Francesco, d'anni 53, di Belgioioso, ha una sorella affetta da pellagra. Egli da circa diciassette anni è ammalato di disturbi enterici,

(1) In tal modo l'ammalata prendeva un quarto di milligrammo d'arsenico al giorno.

Digitized by Google

diarrea, debolezza generale, e da tre anni di eritema pellagroso alle mani, e qualche rara volta segni manifesti di alterazione del cervello.

Amministrai il rimedio nella dose e nel modo già sopra indicato.

Continuò esso la cura per più di un mese, e giunse a consumare cinque centigr. d'acido arsenioso; ma dietro un disordine dietetico, manifestatasi la diarrea in modo più grave del solito, si fu costretti a desistere dall'amministrazione della soluzione arsenicale. In esso ebbesi a rilevare ben poco o nessun giovamento.

T..... Maria, d'anni 59, pure di questo paese, vedova, non ebbe figli. La madre di lei fu pellagrosa per 6 o 7 anni, e moriva di tale affezione. L'ammalata in discorso soffre da 3 anni disturbi di ventre, eritema pellagroso al dorso delle mani, senso di stanchezza e debolezza generale, che da un anno la ridusse al punto da non poter reggersi se non a stento col bastone onde camminare, e da tale epoca sussurro alle orecchie, capogiri frequenti e vertigini, qualche volta delirio tranquillo. Nutresi quasi solo di polenta, fagiuoli e pane di frumentone.

Intrapresa la cura verso la fine dello scorso mese di Giugno, vi persiste tuttora, e ciò in vista del notevole e progressivo miglioramento. Oramai essa avrà consumato dai 13 ai 15 centigr. d'acido arsenioso, amministrato a dose crescente, come nei casi sopra accennati.

Premesso che la medesima non ebbe mai a provare fenomeno alcuno, che accennasse ad intolleranza del rimedio, per cui potè continuarne la presa regolare, fu tale in essa il vantaggio, che la stessa lo esprime col dire, di aver finalmente ritrovato il suo rimedio. Migliorarono infatti in essa le condizioni generali di nutrizione, ed acquistarono le forze muscolari a segno da gettare il bastone che le serviva d'appoggio, e camminare non solo, ma attendere alle proprie faccende domestiche.

L..... Giuseppe, d'anni 48, ammogliato, con prole, da vari anni soffre di pellagra, e l'anno scorso nella stagione estiva avendo tentato suicidarsi, veniva ricoverato nel maniconio di Pavia. Dopo alcuni mesi ivi di degenza in buone condizioni, faceva ritorno a domicilio, dove in discreto stato trascorreva l'inverno. Ma coll'aprirsi della primavera di quest'anno tornavano in scena in lui i fenomeni pellagrosi, e nel rigore del caldo, in tristissimo stato mi si presentava, perchè procurassi di trovare un sollievo ai suoi malori. Dimagrato e pallido, stentava a mala pena a reggersi sulle gambe, provava ostinata inappetenza, incapacità assoluta al lavoro, edemazia agli arti inferiori, e ciò che maggiormente lo rattristava, qualche idea melanconica siccome lo scorso estate.

Il giorno 10 dello scorso Luglio feci sciogliere 5 centigrammi d'acido arsenioso in 1 grammo d'acqua, e non era trascorso un mese che l'ammalato trovavasi di già di molto migliorato. Incominciò in esso a risvegliarsi l'assopito appetito, acquistò le forze perdute, scomparve l'edemazia, svanirono le tristi idee, ed ora che persiste tuttora nella cura, avendo consumati circa 10 centigr. d'acido arsenioso, prova d'essere capace al lavoro e di riescire di qualche utilità alla progria numerosa ed assai misera famiglia.

G..... Camilla, d'anni 70, vedova con figli, estremamente emaciata e debole, da dover continuamente tenere il letto, è pellagrosa da tempo indeterminato. Da un anno però, a giorni alternati, viene presa da delirio furioso in modo da mettere sossopra la famiglia, e da essere costretti ad assicurarla ben bene, onde non abbia a trascendere ad atti riprovevoli. Quando io era richiesto della mia opera, le cose erano giunte al punto, che la famiglia stanca del disturbo che le arrecava, sebbene a malincuore, erasi determinata a farla ricoverare in uno stabilimento.

Amministrai tosto, sebbene con poca speranza di buon esito, la soluzione arsenicale, e dopo un mese circa, durante il quale consumò sette centigrammi circa d'acido arsenioso, ebbi la compiacenza di udire dai parenti di essa, che il delirio era affatto scomparso, e come avesse guadagnato qualche cosa anche nelle condizioni generali.

Il Dott. Cambieri mi comunicava queste altre storie raccolte a Villanterio.

Manfredi Luigi, contadino, d'anni 55, figlio di genitori sani; un suo fratello morì di mania pellagrosa, una sorella morì d'apoplessia. Da 14 anni è pellagroso, da 2 anni maniaco; è assai denutrito, il colorito della pelle è giallo-terreo, macchie ecchimotiche agli arti, traccie di desquammazione al dorso delle mani, la testa schiacciata alle regioni parietali, capelli scarsi e grigi, occhi castani, denti superiori cariati, milza ipertrofica, ventre tumido, febbre, paresi degli arti inferiori, contrattura o convellimenti dei superiori, più tardi febbre, diarrea, orine albuminose.

È sottoposto all'acido arsenioso alla dose di un milligrammo al giorno. Dopo 15 giorni di cura, senza verun cambiamento, moriva con sintomi di tifo pellagroso. In questo frattempo si riscontrò sempre albumina nell'orine.

Cremascoli Maria, contadina, d'anni 60, maritata, è pellagrosa da 4 anni. Di ordinaria statura, ha la pelle arida, eritema al dorso delle mani ed al collo, macchie ecchimotiche alle gambe, la testa coll'occipite assai prominente, sguardo fisso, immobile, lingua rossigna e trasversalmente solcata, legger tremore delle membra, da rendere incerto il camminare e necessario l'uso di un bastoncino, facoltà mentali depresse. Essa stessa afferma, che la causa dei suoi presenti malanni origina dall'aver mangiato per un intero anno *melica marcia*. — Le viene propinato l'acido arsenioso alla dose di un milligrammo al giorno, cominciando dal 20 Maggio. Dopo due mesi e mezzo di cura si è notato: cessati i capogiri, la memoria più franca, la nutrizione generale migliorata, e normale le motilità.

Giardini Melchiorre, contadino, d'anni 42, è ammogliato. Il di lui padre morì d'apoplessia in seguito ad accessi di delirio. Ha 4 fratelli viventi, di cui uno ricovrava per pellagra nel manicomio di Pavia, una di lui sorella moriva anni sono di pellagra. La sua famiglia soggiacque ad un rovescio di fortuna. Soffre egli di pellagra da ben 8 anni. Fu sempre gran consumatore di polenta e pane giallo. Il Giardini è piuttosto piccolo di statura, emaciato, la cute di un color terreo, scabra e ruvida, la testa è macro-cefala, capelli rossigni, denti in gran parte mancanti e cariati, lingua rossigna e spoglia d'epitelio, sguardo inquieto, traccie d'eritema al dorso delle mani; sulle gambe, massime sulla sinistra, osservansi numerose macchie di sangue da stravasi sottocutanei; debolezza generale; triste, sospettoso, melanconico e stizzoso, minaccia senza causa spes-

Digitized by Google

se fiate la propria moglie, e la batte. — Il giorno 6 Maggio incomincia la cura coll'acido arsenioso alla solita dose. Dopo 10 giorni, la moglie sua notò un miglioramento grande nel carattere morale; non la batte più. Dopo 20 giorni l'ammalato mi dice « sentirsi la testa più libera, ricordarsi più facilmente delle cose passate, e le gambe aver acquistato maggior forza. »

Malgrado si sospendesse la cura, il Giardini è perfettamente guarito dopo due mesi, e tale permane tuttora.

Bocchiola Giovanna, contadina, d'anni 16, è figlia di madre clorotica e gozzuta; le morì una zia materna di pellagra, e la sua sorella maggiore è clorotica e tarda nel parlare. È piccola di statura, macro-cefalica; ha eritema pellagroso, labbra sporgenti, mammelle poco sviluppate, e non è per anco menstruata; patisce gastralgie, rutti, allucinazioni acustiche, mania con mutismo. — Senza frapporre indugio viene assoggettata alla cura dell' acido arsenioso alla dose di un milligrammo al giorno. Dopo 6 giorni si deve sospendere il rimedio per leggieri incomodi che produce alle fauci; ma lo si riprende dopo tre giorni per continuarlo senza interruzione per due mesi e qualche giorno, dopo la qual epoca l' inferma vorrebbe rifiutarsi ad un'ulteriore medicazione; ma si riesce a farle continuare la cura arsenicale. Il miglioramento ottenuto dopo quasi tre mesi di cura fu tale da dichiarare la Bocchiola perfettamente guarita.

Colombi Giovanni, d'anni 19, contadino, orfano da 12 anni; sua madre era asmatica, suo padre era pellagroso, ha quattro sorelle tutte clorotiche. Nella primavera dell'anno 1868 ebbe a soffrire vertigini, capogiri, senso di peso ed ambascia alla regione dello stomaco, bruciore alle fauci, dolori intestinali, e dolori ai lombi, debolezza e tremore agli arti inferiori, dolori ricorrenti sotto la pianta dei piedi, formicolamenti lungo la spina vertebrale. Però tali sofferenze avendo avuto breve durata, non fece ricorso all'arte salutare. Ma nella primavera dell' anno 1869 tornarono in iscena i medesimi sintomi, e questa volta con tale gravezza e persistenza, da dover rendere avvisato il medico. È un giovane di piccola statura, testa piuttosto voluminosa, capelli castani, occhi grigi e infossati, pupilla dilatata e poco mobile, lingua rossa, torace ristretto ed allungato, sistema venoso sviluppato, cute annerita ed arida, specialmente al dorso delle mani, genitali atrofici, nessuna traccia d' eritema; accusa delle punture lungo la colonna vertebrale e dolori sotto la pianta dei piedi; è alquanto smemorato e cerca incessantemente da mangiare, perchè teme morir di fame. — Trattandosi di un giovane ad imperfetto sviluppo, ed essendo l'affezione pellagrosa sul suo primo nascere, volli qui, dietro i suggerimenti del Prof. Lombroso, esperire il cloruro di sodio; ordinai quindi all'infermo si facesse due volte al giorno, mattina e sera, frizioni al petto con una soluzione satura di cloruro sodico. Questa cura continuatamente praticata per 40 giorni, bastò perchè il suddetto Colombi acquistasse perfetta salute. Si noti che al 20.° giorno della cura l'infermo incominciò i lavori campestri, sospesi in seguito a mia ingiunzione.

Bocchiola Carlo, d' anni 8, ha il padre affetto già da anni di artrite cronica, e la madre linfatica, isterica, dismenorroica. In questa famiglia regna la più squallida miseria, e la polenta grama, il pane giallo e poco riso formano l'unico quotidiano alimento. Questo ragazzo, al dire di sua madre, fattosi da circa un mese triste, melanconico e misantropo, d'una strana voracità mangia quanto viene a lui sporto. Ha la testa macro-cefala coperta da rossi capelli, ha lo sguardo vitreo, la cute pagliarina, efelidi sul volto, una placca rossastro-livida con desquammazione sulla nuca, eritema al dorso delle mani e dei piedi, ventre tumido, carni floscie, facoltà intellettive e naturali ottuse. Pare che la malattia abbia assalito il ragazzo per la prima volta in questa primavera. — Sottoposi il Bocchiola alle frizioni di cloruro sodico, incominciando il 19 Maggio. In 38 giorni di cura non si trova più il ragazzo di prima; vispo, giocoliero, roseo in volto, sodo in carne, esso appariva perfettamente guarito.

Goretti Celeste ha 6 anni d' età. Suo padre è linfatico, sua madre scrofolosa, ambo contadini e poveri. Esso da due mesi pellagroso, ha la testa un poco schiacciata nel senso trasversale, capelli rari e rossigni, sguardo fisso, eritema pellagroso marcatissimo alla nuca ed al dorso delle mani e dei piedi, cute giallastra, debolezza generale e tristezza, sicchè piange continuamente senza causa. — Messe in opera le frizioni di cloruro di sodio, praticate giornalmente con scrupolosa osservanza dai genitori per lo spazio di 34 giorni, si giunse a vincere totalmente il male.

Mussani Rosa, contadina e piccola proprietaria, d'anni 38, maritata. Sua madre morì d'apoplessia, e l'unica sua sorella morì in età d'anni 20 per soffocazione favorita da un *grossissimo gozzo*. È pellagrosa già da parecchi anni; donna di normale grandezza, colorito giallastro, pelle arida, occhi cilestri, labbra sporgenti, lingua screpolata, di grande loquacità, ipertrofica la tiroidea, cardiopalmo, ventre tumido, orine pallide, alcaline, eritema al dorso delle mani e dei piedi, leucorrea. — Sottoposi l'inferma alla cura arsenicale, principiandola nel giorno 1.° Maggio. Sul finire del mese di Luglio volle smettere la cura, dicendosi guarita. Essa però migliorò nella nutrizione generale, ma non si può dire guarita.

Ruggeri Maria, contadina, d' anni 35, maritata. Da quanto si è potuto raccogliere, pare vi sia stata pellagra nei fratelli e nelle sorelle e nei suoi genitori. Solo in questa primavera si resero in lei manifesti i sintomi della affezione pellagrosa, complicata con prolasso d' utero. Ha cute oscura, testa acuminata, capelli neri, sguardo immobile; ciarliera, irritabilissima, smemorata, si lagna di dolori all'occipite, scottore alle carni, ecc. — Rimediato al prolasso d'utero, si assoggettò l'inferma alla cura dell'acido arsenioso ad un milligrammo al giorno, il 15 Maggio, e dopo quasi 3 mesi di cura essa dichiara di « non essersi mai in vita sua sentita così bene come presentemente », ed anche all'ispezione essa appare guarita.

Colombi Maria, contadina, d' anni 42, vedova e madre di 3 figli sani. Godette sempre buona salute, e solo da *due* anni prova: debolezza di memoria da non sapere talvolta cosa si faccia nè perchè, capogiri, cefalea, massime quando si espone all'azione del sole, che per altro cerca con desiderio, formicolamento lungo il dorso, lombag-

Digitized by Google

gine, scottore alle mani. In questa primavera agli altri disturbi si aggiunse l'eritema al dorso delle mani e dei piedi. Niente in questo caso di gentilizio. Narravami la Colombi, come 5 o 6 anni sono fu obbligata per un intero anno a mangiarsi polenta e pane giallo, confezionato con formentone *marcio* per l'imperfetta stagionatura del grano. — Sottoposta alla cura arsenicale, durata per 2 mesi e mezzo, interrotta per 10 giorni, e continuata poi per altri 20 giorni, essa apparve guarita completamente.

Preda Giovanna, contadina, d'anni 54, maritata senza prole, perdette la madre ed un fratello di pellagra. Essa soffre sintomi di pellagra già da 3 anni; l'eritema alle mani si manifestò soltanto in questa primavera. Ha una statura regolare, la testa piccola ed oblunga, mancanti i denti, occhi vitrei, macchie rosse sulle gambe, smemorataggine, pallore generale, gracilità, penosa digestione, dismenorrea. — Al 22 di Giugno è assoggettata all'acido arsenioso; dopo 8 giorni viene sospeso il rimedio per bruciore alle fauci, lo si riprende dopo 4 giorni, e lo si continua tuttora, tenendola rigorosamente d'occhio, senza però rimarchevole vantaggio, se si eccettui un leggier miglioramento nelle facoltà digerenti.

Brusoni Isidoro, d'anni 16, lavoratore di campi, è figlio di genitori sani, ma misantropi, taciturni e sospettosi, ha tre sorelle leucocitemiche, un fratello minore apparentemente sano. Da tre primavere soffre di pellagra, senza traccia d'eritema. È di normale statura, assai dimagrato, di pelle un po' terrea e asciutta, ha la testa schiacciata ai lati, molto grossa alla regione occipitale e la fronte prominente, capelli rossigni, occhi cilestri, vitrei, labbra grosse, collo lungo e sottile, ventre rattratto; parla incerto e tardo. — Il 1.° Giugno viene sottoposto alle frizioni colla soluzione di cloruro di sodio praticate mattina e sera. Questa cura, continuata per un mese, non produce nessun notevole cangiamento fisico. Si abbandonano le frizioni, e si dà mano all'acido arsenioso, e nei primi 15 giorni si notò subito un miglioramento nella nutrizione generale con benessere dell'individuo. Ma dopo qualche tempo il rimedio non dava più alcun segno di sua efficacia, e la malattia si fe' stazionaria. Nulladimeno si continuò nella cura, ma sempre senza effetti notabili. Il 20 Luglio si dovette sospendere l'arsenico, e dar di piglio ad altri rimedi per curare nevralgie del 5 paio, esse pure ostinatissime e probabilmente di natura *pellagrosa*.

Soffiantini Francesca, d'anni 36, contadina, maritata, con due figli, morti ancor bambini. Ha genitori sani. Da 15 anni dismenorroica, da otto anni affetta da pellagra. La sua testa è piuttosto grossa, la fronte ed i zigomi sono assai pronunciati e gli occhi piccoli ed infossati, collo corto, petto ampio, marcatissimo eritema pellagroso al dorso delle mani e dei piedi, qualche macchia sanguigna sparsa sugli arti inferiori, colorito della pelle pagliarino, statura piccola. Le fu prescritta la cura arsenicale alla solita dose, e in un mese e mezzo di cura non si ebbe a verificare nessun effetto.

Boneschi Rachele, d'anni 37, piccola proprietaria, ma costretta a lavorare nei campi, maritata da 15 anni, senza prole, ha genitori sani, e un suo fratello, da quanto si racconta, pare debba essere pellagroso. Dessa è di normale statura, gracile assai, ha biondi capelli e rari, la testa un po' schiacciata al vertice, occhi cilestri, efelidi sul volto, eritema da 4 anni suo dorso delle mani e dei piedi, macchie di color rosa sulle gambe. Da anni è dismenorroica, di carattere bisbetico, bigotta. — Viene assoggettata alla cura coll'acido arsenioso alla dose di un milligrammo al giorno. Questa cura incomincia il 14 Giugno, e si continua fino ai primi di Agosto, tempo in cui è sospesa, perchè l'inferma deve attendere e curare più i lavori campestri che la propria salute. Anche in questo caso l'acido arsenioso non fu degno di lode.

Epis Pietro, d'anni 2, ha il padre sano, e la madre affetta da pellagra; questa donna pregata a sottoporsi alla cura della pellagra, se ne ride, asserendo che quei leggeri disturbi della testa e dello stomaco che soffriva, quei dolori ai lombi, dipendevano dal continuo lavorare, e lo desquammarsi delle mani era effetto dell'azione dei *raggi solari* (ragg de sou). Si dovette quindi accontentarsi di poter curare il suo ragazzino, macrocefalico, dai capelli biondi, dall'occhio languido, dal ventre tumido, con eritema pellagroso alla nuca e più pronunciato al dorso delle mani, pallido, sonnolento ed affannoso. — Lo si sottopone ai primi del mese di Giugno alle frizioni della soluzione di cloruro di sodio, che vengono praticate due volte al giorno dalla madre. Quasi due mesi di cura furono sufficienti a rendere completamente guarito il ragazzino.

Il Dott. Peroni a Pieve Porto Morone, esperimentò l'acido arsenioso nei seguenti casi:

Bellani Francesco, d'anni 62, calzolaio e piccolo possidente, di corporatura robusta, di temperamento sanguigno, nato da genitori sani, non fu mai ammalato nella sua vita, eccettuando una enterite nel 1862. Alla fine dell'anno 1866 manifestò desquammazione alle mani, debolezza straordinaria generale, facile stanchezza, impotenza a lavorare, ma non istituì cura per la leggerezza e la lentezza de' sintomi, attribuendoli principalmente al non poter ber vino, come era abituato, per la straordinaria tempesta che aveva distrutti tutti i prodotti della campagna, e rassegnato soffrì in pace i forieri della sua rovina. Solo nel Maggio del corrente anno chiamò il soccorso del medico, dubitando morire per dissenteria pellagrosa. — L'individuo rispondeva adequatamente ad ogni domanda, ma appariva come stupito, balordo, curvo sopra sè stesso, debolissimo, costretto per reggersi in piedi a sostenersi con due bastoni, tanta era la paresi di ambedue le estremità inferiori e principalmente al lato sinistro; vi era pure tremore al braccio corrispondente, ed impotenza a stringere un corpo nella mano, pelle delle mani lucida, raggrinzata e pavonazza, occhi pronunciati, lucenti, con pupilla dilatata, pirosi, dolori di ventre, evacuazioni mucoso-sanguinolenti dalle cinque alle dieci per giorno. — Amministrandogli per qualche giorno polverine d'ossido di zinco, diminuiva di molto la dissenteria; il 22 Giugno fu incominciata la cura coll'acido arsenioso, da prima alla dose di un quarto di milligrammo in venticinque grammi di acqua al giorno; e la somministrazione fu continuata, aumentando la dose ogni 20 o 30 giorni di un quarto di milligrammo, sino a tutto Settembre. Ed ho la consolazione di dirlo

Digitized by Google

guarito, restandogli solo lieve debolezza all'arto inferiore sinistro.

Rovescala Andrea, d'anni 68, nato da genitori sani, gracile, contadino e piccolissimo possidente, dedito molto al vino, sino dal 1860 diede segni di pellagra colla desquammazione delle mani, colla debolezza generale, malinconia, molestie epigastriche, e qualche delirio. Tali incomodi diminuivano nell'inverno, ed aumentavano mano mano nelle primavere successive, in modo che a primavera inoltrata del 1867, se si sforzava a lavorare in campagna, cadeva dopo qualche ora come corpo morto; qualche volta invece si smarriva nella ragione con delirio ora malinconico, ora furioso. Da un anno e più è costretto continuamente al letto per assoluta impotenza a reggersi in piedi, e per le continue vertigini, e pel delirio in cui è in preda, da costringerlo a gridare di vedere fantasmi, carnefici, santi, o l'ombra di sua moglie morta da due anni; dei giorni non vuol mangiare nè bere, altri invece continua a divorare senza sentire sazietà; ha gli occhi che vogliono escire dalle orbite, sovente li fissa in faccia e non vuol parlare, altre volte invece ridendo racconta le fantasticherie con certa persuasione, e guai se si dà a dividere di dubitare; è macilente, ed assai stitico. — Il 15 Giugno corrente venne incominciata la cura coll'acido arsenioso alla dose di un quarto di milligrammo in 25 grammi di acqua, aumentando d'un quarto di milligrammo la dose ogni 15 o 20 giorni. La cura è ancora continuata, benchè sia stata sospesa per un mese circa, ed ora ne prende 2 centigrammi al giorno. L'ammalato è ancora obbligato a letto; da tre mesi circa però è cessato il delirio.

Vanzini Luigia maritata Berneri, d'anni 60, contadina poverissima, sovente ammalata per affezioni bronchiali ed intestinali, da 7 anni impotente al lavoro della campagna per debolezza generale, e per convulsioni epilettiformi ripetentisi ogni tre mesi, è da vari anni affetta da pellagra; da tre anni trovasi continuamente obbligata a letto per impotenza a reggersi in piedi, per sensazioni dolorose vaghe per le membra e per il dorso; è brontolona, facile a smarrirsi nella ragione, assai debole di vista, con occhio fisso, spaventato, iniettato e cisposo, con pupilla assai dilatata; pirosi continua; ventre di solito timpanitico, ora stitico ed ora diarroico; pelle ruvida ed arida. — Sottoposta alla cura coll'acido arsenioso il 15 Giugno corrente, venne continuata sino alla fine di Agosto, dippoi cessata, perchè gli accessi epilettici si fecero più frequenti, ripetendosi ogni 15 e perfino 10 giorni.

Il Dott. Tibaldi otteneva queste due guarigioni a Torre del Mangano.

Malatesta, di Torriglia, contadino, d'anni 49, abitante a S. Genesio, perdette il padre per pleurite, la madre è ancora viva; sofferse già di pleurite e polmonite; mangia polenta, ma nello stesso tempo riso, pane e uova. Nel 1867 provò forti dispiaceri per la morte della moglie, per denaro perduto; nel 1868 alla primavera patì di inappetenza; il cibo non gli voleva passare, le mani si desquammavano, aveva sonnolenza, dimagramento; nell'inverno migliorò. Nella primavera del 1869 ritornava la desquammazione, insieme a vertigini, stizzosità contro i figli, debolezza muscolare, dolore infradorsale, cefalea, dolore ai lombi nell'orinare. Nel 1870 ritornano ancor più gravi i medesimi sintomi; si lagna sopratutto di gastralgie, di cefalea sulla nuca, di bruciore agli occhi, e di profonda melancolia, e disperazione di guarire. La cute è alquanto giallastra, l'occhio vitreo ed un po' più abbassato a destra, la lingua frastagliata, la cute delle mani eresipelacea.

Sottoposto alla cura di un milligrammo d'acido arsenioso al giorno, per i primi dieci giorni ebbe a provare aggravamento del male, sopratutto lo stomaco gli sembrava più vuoto dopo preso il rimedio (egli si esprimeva colla parola *sut*), le orine da chiare divennero dense e molto colorate; dopo dodici giorni questi sintomi d'aggravamento passarono, ma non i fenomeni pellagrosi. Passati quindici giorni, quasi all'improvviso l'individuo sentì un miglioramento singolare, l'appetito migliorò tutto in un colpo, le orine divennero più pallide, e scomparve ogni flacchezza muscolare; ed ora (22 Giugno) lavora attivamente sull'aia come qualunque dei contadini sani.

Maria Rosa Giannoli, d'anni 64, contadina, dimorante a S. Genesio. La di lei madre è stata, essa pure, pellagrosa, il padre era di robusta costituzione, ed è morto per una polmonite. È maritata con cinque figli, piuttosto denutrita, e si ciba esclusivamente di polenta, riso e pane di maiz. All'infuori di una febbre tifoide, che ebbe da giovane, e qualche varice alle gambe, che si manifestarono dopo il primo parto, godette, sempre, buona salute fino al 1863, epoca in cui è stata presa da debolezza generale, tremori degli arti, massime degli inferiori, qualche capogiro, pochissima fame e disturbi continui di digestione. Tutti questi incomodi diminuivano nella stagione invernale, ma tornavano di bel nuovo e con maggior forza al principio d'ogni estate. Nel 1867 cominciò a sentire anche il dolore infrascapolare e senso di scottore alla pelle; e da un anno comparve l'eritema al dorso delle mani, e si lamenta di offuscamento della vista.

Sottoposta negli ultimi di Maggio alla cura dell'acido arsenioso, alla dose di un milligrammo al giorno, nei primi cinque giorni notò che le s'accrebbero, un poco, i fenomeni pellagrosi, e mi diceva che il rimedio le faceva anzi male, poichè ad essa sembrava che il cibo pesasse di più sullo stomaco. In seguito non s'è più lamentata del rimedio; ma siccome i fenomeni pellagrosi continuavano, s'accontentava di dirmi che lo prendeva tanto per far piacere a me, ma che essa era certa che non sarebbe guarita. E divenne più triste del solito, e le orine da pallide e abbondanti si fecero piuttosto rosse e dense. Al diciasettesimo giorno della cura cominciarono a diminuire i disturbi della digestione, cessarono i capogiri, e le orine divennero più abbondanti e meno rosse. Col giorno ventesimo della cura s'accrebbe l'appetito, e non si lagnò più nè del dolore infrascapolare nè dei capogiri, e dopo cinque giorni ancora le orine si fecero sempre più abbondanti e pallide; - da bisbetica che era, è diventata piuttosto ilare e contenta; non accusa più alcun disturbo all'infuori d'un po' di debolezza agli arti e di un leggier offuscamento di vista, disturbi questi che credo inerenti all'età sua già piuttosto inoltrata.

Altre tre guarigioni ottenne il Dott. Cremaschi a Chignolo.

Felicita Marabelli, d'anni 44, ebbe genitori sani e robusti; donna ben costituita, ma resa gracile

Digitized by Google

dai molti dispiaceri e dal male che da alcuni anni la travaglia. Partorì due volte bambini a termine, morti pochi dì dopo la nascita, ed altre tre volte partorì al quarto, al quinto, al settimo mese di gravidanza. Aveva l'occhio incantato, soffriva immensa prostrazione delle forze, tale da reggere con gran stento ad una passeggiata di duecento passi, pronunciatissimo eritema al dorso delle mani e dei piedi, gastralgia, spesse volte dispepsia, melancolia, ed anemia.

L'anno scorso prese in un paio di mesi cinque centigrammi di acido arsenioso, e ne ebbe a ritrarre buonissimi effetti, talchè le forze, dapprima così languide, ingagliardivano a tanto da potere sostenere, senza difficoltà, le fatiche portate dalle sue incombenze di casa, e da poter mangiare e digerire, senza incomodo, ogni sorta di cibi. Presentemente, conoscendo che nessuna altra cura, finora, le giovò al pari di questa, prende ancora giornalmente il suo milligrammo di acido arsenioso, coll'idea di continuarlo per tutta la bella stagione, fino, cioè, a quell'epoca in cui solitamente pel passato solevano fare un po' di tregua i suoi mali.

Siro Lecchi è un giovanetto di 13 anni; il genitore ha 48 anni, è di meschina corporatura, ma senza malattie, e la madre abbastanza sana e robusta: accusava melancolia, grande pallore, rilevante tumidezza del ventre, grande debolezza, inettitudine al benchè minimo lavoro, vertigini, susurro alle orecchie. È talmente patito, che dimostra l'età di 7 od 8 anni al più.

Ha preso l'anno scorso dai 30 ai 40 milligrammi di acido arsenioso in altrettante giornate, che lo hanno guarito completamente da ogni male.

Teresa Grossi, d'anni 29, sposa, di atletiche forme, ben costituita e robusta, figlia di genitori sani e robusti del pari. Già da due anni questa donna presentava una serie di mali, massime nella stagione estiva, che ella attribuiva ai dispiaceri, che già da anni soffriva. Era dedita alla melancolia, facile al pianto, ad esaltarsi per un nonnulla; aveva occhi lagrimosi, colorito terreo della pelle, pronunciatissima escoriazione pellagrosa al dorso delle mani e dei piedi, poca volontà di mangiare, nessuna forza nelle membra, svogliatezza eccessiva, palpitazione di cuore, suscitantesi appena che faceva un po' di moto.

Dopo una buona dose di raccomandazioni igieniche, che versavano massimamente sulla scelta dei cibi, l'assoggettai alla cura, per alcuni mesi, del ferro ridotto per l'idrogene, sotto la quale ella migliorò moltissimo.

L'anno scorso feci prendere all'ammalata in discorso un milligrammo di acido arsenioso al giorno, consecutivamente per due a tre mesi, ed ora di tutti i mali, che anni fa le rendevano perfino intollerabile la vita, non le rimane che l'eritema pellagroso, malgrado il quale però ella sentesi così bene in forze, da attendere con facilità ai pesanti lavori della campagna e alle proprie faccende domestiche.

Finalmente il Dott. Marenghi, che cela in una condotta remota una delle menti mediche più colte e profonde, esperimentava il mio metodo nella sua terra di Castagnino di Cremona, e me ne comunica coll'elegante spigliatezza, che è tutta sua propria, i risultati:

Il 23 Maggio corrente anno, viene a farsi visitare, a casa mia, Ronga Rosa di Tredossi, di anni 50, madre di sette figli, che si accusa ammalata da un anno circa. Ha il padre e la madre vegeti ancora a 70 anni, che non soffrirono tuttavia male di sorta. Menstruata ai 16, vide le proprie purghe terminarsi a 40 anni. Meno qualche disturbo inconcludente, essa fu sempre sana e laboriosissima. Non ebbe mai, e non ha dispiaceri in famiglia. È povera, anzi poverissima, ma contenta, e, se non fossero i tormenti che ora la crucciano, a differenza di tanti altri contadini, che almeno apparentemente la disprezzano, essa sarebbe affezionatissima alla vita. — Si fa innanzi, lenta, lenta, curva sulla persona e inclinata su di un fianco.

Appena varcato l'uscio, siede sulla prima scranna che trova, e tarda a parlare per la stanchezza della strada percorsa. Chiestole che male avesse, adagio, ma senza interruzione, rispose: « È un » anno che soffro, scotto sempre, sono come nel » fuoco tutta quanta, ma le mani e i piedi mi ab» bruciano a dirittura. Ho la persona stanca, spos» sata: una volta il lavoro mi allietava, ed ora mi » consola l'ozio, e quando mi tocca lavorare di » proposito mi prende la diarrea, che mi finisce del » tutto (si mette a pianger dirottamente). Mi va » attorno sovente il capo, e se allora non seggo » prontamente, cado a terra: mangio, veda, ma » son sempre vuota (torna a piangere), sono » sempre triste e malanconica, e la voglia di pian» gere non mi lascia mai. Quante lagrime che » verso, una donna della mia sorta, così sana » un dì! »

Essa è magra, macilenta, cachettica. Ha la pelle della fronte depidermidata, rossa, scabrosa, in qualche punto solcata da screpolature. Alle tempia, alla radice del naso, di sopra le sopracciglia l'epidermide, sollevata, è bruna. Il dorso delle mani e quello dei piedi sono depidermidati affatto. Pupilla ristretta, lingua biancastra, grossa, umida. Qualche colpo di tosse, ventre libero, urine abbondanti. Nulla al cuore, non ipertrofia di fegato nè di milza. Porge il braccio in semiflessione, come chi è peritante, ed ha il polso piccolo ed assai lento.

Si incomincia la cura con 2 milligrammi d'acido arsenioso in 150 d'acqua, da prenderne un cucchiaio al giorno. *Non si toglie nè si aggiunge nulla al vitto ordinario*, che, sia detto una volta per sempre, consiste presso i nostri contadini in polenta di farina di melicotto, insalata e acqua, qualche uova, ma raramente. Carne, una o due volte all'anno; verdura molta, aglio, cipolle, fagiuoli, verze e zucche, un po' di formaggio e frutta per chi ha l'orto.

Dopo 10 giorni torna. Ha finita la prima dose. Ha fatto la strada con minor fatica dell'altra volta; cominciò a lavorare: « sono men triste, » dice, e capisco che di questo passo posso guarire » ancora. » Ripeto l'acido a 3 milligr. La rivedo il 20 Giugno. La pelle della fronte e delle mani è migliorata assai, i muscoli si fanno un po' più consistenti: ha lavorato otto giorni, senza esser presa dalla diarrea: non è più così triste, e non piange più. Essa si dichiara così migliorata, da non volere altra medicina, ma dietro mia insistenza ne accetta una terza dose a 4 milligrammi nella medesima quantità d'acqua, e da prenderne 2 cucchiai al giorno. Presa la quale, al 30 di Luglio viene tutta festosa a casa mia, e colla più sentita riconoscenza mi si dichiara grata per la ricuperata salute.

Digitized by Google

« Non posso stare in piedi, in piedi, in pie-
» di. Appena mi alzo, corro, corro, corro, cor-
» ro, e se non mi fermano subito, subito, casco
» in terra, in terra, in terra, in terra. Posso
» anche rompermi la testa (ripete la parola sei
» volte, eppure non fu mai balbuziente). Oh! po-
» vero Giovanni, come sono ridotto! Un uomo
» della mia sorta! (si mette a piangere dirotta-
» mente). Così allegro, e così svelto un giorno!
» Così laborioso, ed ora così mendico pel male
» (e qui si rimette a piangere). Se ella non mi
» aiuta, mi vien voglia di finirla, l'acqua già mi
» attira molto (cinque volte). E mangio molto,
» ma mi passa tutto tal e quale, e son sempre
» vuoto come una lucerta. Guardi come ho le
» braccia, vede? non posso allungarle, ed ho le
» dita retratte. Insomma sono impotente (cinque
» volte). Povero Giovanni, povero Giovanni! Ed
» è salso, sa, che mi gira dappertutto; non è, no,
» quel brutto male che m'ha detto qualcuno, no,
» perchè la testa mi gira, è vero, ma del resto è
» sana; è vero lei, che non è quel brutto male
» che dicono? »

Questa descrizione delle proprie sofferenze mi è fatta da Secchi Giovanni, di Castelverde, d'anni 50, curato per pellagra all'ospedale ed a domicilio per quattro lunghi anni. I sintomi che pur lo travagliarono per tutto questo tempo, furono la spossatezza muscolare, i capogiri e la diarrea. Dall'ospitale, dove, ricoverato due volte l'anno, in primavera ed in estate, era curato colla dieta lauta e coi bagni, tornava migliorato, ma ricadeva tantosto. Ha la pelle della fronte, dell'alto del petto, del dorso delle mani e dei piedi depidermidata, rossa o screpolata. Piccolo di statura, dall'aspetto cachettico, tutto tremolante, non s'attenta alzarsi dalla sedia per paura di cadere.

La pellagra è in lui, a quanto pare, acquisita, e i suoi cinque figli, che furono generati prima della manifestazione del morbo, sono fino a tutt'oggi esenti dalla labe. Il 25 maggio egli accetta, con diffidenza, due milligrammi d'acido arsenioso, nella solita dose d'acqua bollita, ma con promessa che ne prenderà un cucchiaio ogni mezzogiorno.

Seconda visita al 3 di Giugno. — Asserisce di non avere guadagnato nulla, di scottare sempre, e dovunque, ma, se fosse possibile, più ancora alle mani ed ai piedi. « Gli è che mi sembrate
» più di buon umore; non pare anche a voi? os-
» servai io. — Sì, questo sì; ma già se ci pensas-
» si, guai! — La testa vi duole? — Niente, niente
» (7 volte); è il reumatismo che ho nella schiena
» che mi rovina, capisce, è quello il mio gran
» male! »

Non potei rilevare, in specialità, la diminuzione dei singoli sintomi del male, ma posso assicurare che in complesso qualche cosa ha guadagnato.

Ora, per farla corta, aggiungerò, che con molte preghiere l'ho potuto indurre a prenderne altre tre dosi, l'ultima delle quali a 4 milligrammi, e che veduto e riveduto sei o sette volte nel decorso del Giugno, egli m'apparve, ognora, in progressivo miglioramento.

Finalmente l'ho sorpreso io stesso alla metà di Luglio condurre una carrettella piena di terra, sorreggendosi, per bene, sulle gambe. Quanta differenza fra chi un mese prima non s'attentava moversi dalla scranna per paura di cadere, e chi tiene ora impunemente esercitata la muscolatura di tutto quanto il corpo! Non foss'altro, la società ha perduto un ozioso forzato, ed ha guadagnato un lavoratore. Era di buon umore, non ripeteva più, nemmeno due volte, una sola delle sue parole, aveva guadagnato nella nutrizione, e in tutto questo tempo mai una scarica diarroica. Con tutto ciò egli s'ostinava a celare i guadagni fatti. Nessuna meraviglia! È sussidiato dal comune.

Anelli Maria, di Tredossi, d'anni 34, maritata, con tre figli, è ammalata di pellagra da due anni. Sullo scorcio del p. p. Maggio essa fu colta da febbre, che la travagliò per due settenari, e durante la quale s'è sempre lagnata di un violento mal di testa. Convalescente, le si rinvigorirono le vertigini, da cui era tribolata anche prima di porsi in letto, sentì aumentata la spossatezza muscolare, e divenne fuor di misura melanconica e triste. La prese per di più un gran desiderio di passarsela in chiesa, dove rincantucciata, nè pensava, nè pregava, ma lagrimava continuamente, senza poterne dire il perchè. — Alle mani, alla fronte, ai piedi, il solito eritema: è inappetente, adeptica, scorrevole di ventre; non è menstruata da due anni: passa il più delle notti insonni, seduta sul letto in seno alla più profonda tristezza. — A 15 di Giugno mi prega di soccorso, ed io le reco la consueta ampolla, che essa mi ritorna vuota dopo otto giorni. In altri diecisette giorni ne prende due altre alla dose consueta. Mai da che sono condotto io ebbi da contadini parole più cordiali di ringraziamento che da quella donna, la quale non ha, nemmeno oggi, finito di benedirmi per la guarigione, che io le ho procurata.

Un pellagroso di nuovo genere è Luigi Conte, di Ossolaro, uomo sui 60, e che soffre da tre anni. È tornato dall'ospitale un po' in sesto qualche settimana fa, ma è ricaduto ben tosto. Egli viene da me, e mentre mi dice: « mi visiti, si-
» gnor dottore », si trae di dosso il giubetto e il panciotto, e aggiungendo: « sentirete o brutti in-
» fami, s'ell'è pellagra la mia », s'appresta a levarsi anche i calzoni. Invano io lo interrompo, osservando che il suo svestirsi è fatica gettata, non essendo ciò necessario per la mia visita: egli continua l'opera sua borbottando, finchè l'ho lì dinanzi alla maniera d'Adamo. « Ora, mi faccia
» pur passare minutamente dal capo ai piedi, e
» dica lei se io ho il male della pellagra. O che io
» possa smentire gl'insolenti, che mi dicon pella-
» groso, o che qualcosa d'altro farò. » Qui per tranquillare quel vecchio sì agitato e convulso, bisognava mentire, ed io fui ben lesto a dichiarargli, che i suoi malanni non riconoscevano per causa altro che il *salso!*

Come se il nome del male stampasse sul loro volto il marchio della infamia, quasi che la *pellagra* significasse individuo irreparabilmente perduto, o almeno escluso dall'umano consorzio, come una volta quei della lebbra, codesti miserabili non vogliono saperne di quel battesimo. E qui non posso non ricordare uno de' miei contadini, il quale accortosi che l'astante dell'Ospitale scriveva sulla tabella *Pell....*, lasciatolo allontanare, si vestì pian piano, e guadagnata la piazza, si piantò ad imprecare: « Pazzi e pellagrosi voi,
» non io! Alla larga, questi, f....; se m'addormento,
» mi tuffano nel bagno! Alla larga! Tra che son
» debole, - rovinarmi del tutto! »

E raccontandolo si fregava le mani, e si riempiva la faccia di gioia, come se avesse scampata prima la berlina e poi la forca. Tanto può un nome sulle deboli menti di questi contadini.

Fatto è però, che il Conte era pellagroso, e che presentava i soliti segni del malanno in discorso,

Digitized by Google

desquammazione, debolezza muscolare. Gli prescrissi il nostro rimedio alla dose ordinaria, ed in un mese quel buon vecchio si riebbe così fattamente, da rimettersi al lavoro, e da non aver più bisogno nè di medicina, nè di chi lo assicurasse che ei non aveva la pellagra.

E oggi che scrivo, e siamo al 13 di Settembre, ei non si lagna di incomodo veruno, e attende ancora alle proprie occupazioni, così come, dice egli medesimo, se non anche mai avesse patito il salso.

G. Antonio, di Castelverde, è padre di 8 figli. Sua moglie è morta di mania pellagrosa; ognuno può immaginare che vita menano o abbiano menato gli sgraziati, che ebbero vita da così infausto matrimonio. Due son già morti nella più florida età, una giovinetta per diarrea pellagrosa a 16 anni, e un ragazzo a 14 per tabe. Gli altri sono tutti taciturni, ipocondriaci, e spessissimo ammalati, e portano sulla pelle le traccie dell' ereditato infortunio. Il padre, e non parrebbe vero, sopravvisse a tutti, ma attraverso ad una tale congerie di mali, da rendere la vita quasi un inferno.

Quando io lo presi in cura, giaceva in letto da tre anni quasi perennemente; - non si alzava, perchè era nella impossibilità la più assoluta di reggersi in piedi; evacuava tutto, ed aveva sempre freddo; era ischeletrito, al punto che le ossa gli si informavano dalla pelle; mangiava un cotal po', ma la diarrea incessante non permetteva che il cibo gli facesse pro. E poi, qual cibo! La solita polenta, sempre. Immaginiamo che razza di nutrizione dovesse soccorrergli codesto cibo, posto anche che il flusso di corpo non glielo neutralizzasse tutto quanto.

Quantunque in uno stato di sì profondo sfibramento, quantunque nemmeno io ci sperassi, pur nullameno insistetti, perchè ei prendesse la soluzione arsenicale, che egli, più per compiacermi di quel che ne presentisse alleviamento, s' adattò a centellare. E alla quarta dose il miserabile Antonio incominciò a risentire buoni effetti. Io non ripeterò, qui, come gradatamente egli s' avvantaggiasse del rimedio, dirò solamente che oggigiorno, due mesi dopo che ei cominciò a prendere l'arsenico, sta alzato quasi tutta la giornata, e mi lascia lusinga che, coll'insistenza nel farmaco e col tempo, ei possa guadagnar tanto, da potere ancora accudire a qualche lieve faccenda. Non sarebbe egli questo un risultato non sperabile, e fuor dell' ordinario.

Anche Sbrizzi Giov., di Ossolano, è ammalato di pellagra da 5 anni. Fu all'ospitale più d' una volta, ma ne tornò come v' era andato. Suo padre e sua madre sono morti di pellagra, ed ei si condusse fra il bene e il male fino ai 50 anni. Poi cadde giù, e si ridusse al non poter far più nulla, il che, sia detto a tutta lode, pei nostri contadini è una vera condanna. Screpolate le mani e i piedi, diarroico, melancolico, pare sempre uno stordito, e a cavarci una sillaba ci occorre l'argano. — Accettò il rimedio con fiducia, e n' ebbe in premio, dopo due mesi, una quasi completa guarigione.

Tutti questi sei malati però un anno dopo (1870), esposti alle medesime circostanze nocive, recidivarono, e l'arsenico non giovò più.

Si curarono nel 1870 dodici altri individui a Castagnino dal Marenghi, di cui 7 migliorarono prima, ma subito dopo recidivarono, 4 presentarono stabile guarigione.

Riassumendo vediamo che sopra 57 contadini pellagrosi, curati in campagna senza cangiamento di regime,

12 migliorano nella nutrizione
39 guarirono, di cui però 6 recidivarono l'anno dopo
5 non risentirono nessun' azione
1 morì.

Di questi 57 furono curati 6 col cloruro di sodio, e ne guarirono 5 in un periodo medio di 42 giorni.

Degli altri 52 curati coll' acido arsenioso, 34 guarirono in un periodo medio di 44 giorni.

Tra i guariti contavansene:

7 ereditari
8 con alterazioni psichiche gravi
13 in cui il male datava da 3 a 12 anni
7 » da 2 a 3 »

4	guarirono	in Marzo
2	»	in Aprile
3	»	in Maggio
3	»	in Giugno
12	»	in Luglio
2	»	in Agosto
4	»	in Autunno (Sett., Ott., Nov.)

Il caso di morte e quelli di insuccesso o di solo miglioramento passeggero si possono giustificare in:

6 dall' età superiore ai 60 anni

7 dalla data del male, che risale a 5, 7, 8, 14 e 17 anni, e in 5 altri da delirio sistematizzato, tifo, alcoolismo, epilessia, vertigine, su cui l' acido arsenioso e il cloruro sodico non esercitano azione benefica.

Dunque noi a buon diritto possiamo dire, che l'acido arsenioso e il cloruro di sodio giovano nelle pellagre a preferenza di tutti gli altri rimedi, e se si dovesse usare una parola, che per il suo laconismo ha un grande valore, e di cui alcuni abusano, ma che altri usano troppo poco, noi potremmo dire, che essi rimedi possono chiamarsi vero specifico della pellagra.

Risposta ad alcune obbiezioni su questo metodo.

Se non che si obbietterà da alcuni avversari: — Voi dite di curare la pellagra coll' acido arsenioso, col cloruro di sodio, ma voi non fate che arrestarne il decorso, che curarne i sintomi, nè potrete impedire le recidive. D'altronde, è fino ridicolo il dire, che un dato rimedio giovi per tutte le varietà di un dato male; come non vi è mai un vero morbo tipo, così non può esistervi uno specifico. Perfino negli stessi avvelenamenti, come di oppio, di belladonna, di stricnina, benchè chiaramente una sola sia la causa, pure, secondo che vedrete predominare i sintomi narco-

Digitized by Google

tici o di eccitamento, spinali o cerebrali, voi dovrete diversamente curarli.

Queste obbiezioni sono giustissime.

I. Ma io pel primo noto, che *non tutti* i pellagrosi si curano coll'acido arsenioso e col cloruro sodico; che i tifosi hanno d'uopo d'altri soccorsi (solfiti), come anche quelli in cui prevalga la panofobia (oppio), e la diarrea (doccia, calomelano, paullinia).

Siete anzi voi, miei avversari, quelli che cadete nell'errore, che ingiustamente mi rimproverate, quando pretendete guarire i pellagrosi *tutti* col *solo* soccorso della dieta, non avvertendo poi, che vi sono pellagrosi, che sono assai ben nutriti, e a cui la dieta in nulla può giovare.

II. Così pure, io pel primo, non solo non pretendo, col mio metodo, di curare radicalmente la pellagra, ma confesso che i pellagrosi guariti coll'acido arsenioso, se una seconda volta soggiacciano a nuove intossicazioni, e non ne prevengano o curino a tempo l'azione malefica con nuove dosi arsenicali, non solo si espongono alla recidiva, ma anche all'aggravamento perfino mortale del morbo, donde primitivamente guarirono, e sei appunto dei guariti del Marenghi sono in questo caso.

Ma che perciò!?.. Noi diciamo *specifico*, o meglio *utile*, quel rimedio, non che guarisce, sempre, e tutti i mali, ma quello che giova nel maggior numero dei casi, ed anche temporariamente, in confronto dei meno attivi e degli inattivi.

Quando è mai che si volle rinnegare un rimedio, perciò che esso non cura che i sintomi, o per ciò che non previene le recidive?

E forsechè coloro, che il chinino guariva da febbri intermittenti, non recidivano se rientrino o restino in mezzo ad un'atmosfera miasmatica, e anche, qualche volta, molto tempo dopo che ne uscirono? E perciò si rinnegherà mai il chinino?

E lo si rinnega forse per ciò che non di rado è impotente nella febbre perniciosa, e per ciò che in questa spesso si trova più utile l'oppio (vedi *Archives gén. de Médecine*, 1869, Août)? E con esempio che meglio ci si attaglia, non chiamiamo noi l'oppio specifico dell'alcoolismo, perchè ne fa sparire rapidamente parecchi sintomi ne' primi stadi, e ciò malgrado che sia impotente a prevenire le recidive, che non giovi nei casi più gravi, e che anche nei leggeri abbia spesso a potenti competitori lo stramonio, la noce vomica, la coca?

E forse che il mercurio fu escluso dai così detti specifici della sifilide, per ciò che non di non rado, non solo non le giovi, ma l'aggravi, e la lasci procedere fino all'ultimo esito; o perchè spesso non solamente si possa, ma devasi sostituire dallo iodio, dall'arsenico, dal ferro, dall'oro, e, secondo sento buccinare, anche dal rame?

III. Ma d'altronde, potrete voi dire che la dieta carnea è un rimedio più radicale? Non dovete voi, se onesti, confessare, che la dieta carnea giova al momento, fa, cioè, cessare alcuni sintomi, la denutrizione in ispecie, ma che essa spesso è impotente, e che anche quando giova, non mai riesce a tanto da prevenire le recidive, se il pellagroso rientra nel suo triste regime ordinario? D'altra parte, per il suo *costo*, essa è impraticabile al di fuori della cerchia della carità ospitaliera, che va pur troppo, per le condizioni economiche, sempre più restringendosi addosso alla falange numerosa dei pellagrosi. Ora, ammesso anche che, dei due soccorsi, quello della dieta carnea, e quello della somministrazione dell'acido arsenioso, ambedue servano a non altro che ad arrestare per qualche tempo alcuni sintomi, che l'uno valga come l'altro, non dovrebbesi ad ogni modo preferire quello che, essendo di poco prezzo, è applicabile anche nelle campagne, e non solo durante la malattia, ma anche dopo, e può quindi riuscire a prevenire la recidiva?

IV. Si obbietterà da alcuni: — La pellagra è una malattia intermittente, e voi per ispirito sistematico avete voluto attribuire all'effetto del rimedio, quello che non è se non l'effetto della lauta dieta e del corso intermittente del male. — Se non che, chi fa queste obbiezioni non ricorda, come noi ebbimo sette guarigioni in malati, che da anni e molti non avevano più migliorato, e quel che più monta, guarigioni nei mesi di Marzo (4), Aprile e Maggio (5), Giugno e Luglio (15), mesi in cui non sogliono mai guarire, ma anzi aggravano i pellagrosi, e guarigioni, che procedettero di mano in mano che si manifestavano i fenomeni arsenicali; e come queste guarigioni, temporanee se vuolsi, si ebbero nelle campagne, dove l'ammalato non si sottrasse alle cause morbifiche, anzi continuò nel solito alimento maidico.

Quanto ai curati negli ospedali, che l'arsenico giovassse per sè, e non per la dieta carnea che l'accompagnava, e certo potea favorire, il dimostra (benchè con minor sicurezza) l'essere alcuni guariti, malgrado fosse in essi diminuito il peso del corpo; l'essere in alcuni permanso il pallore anemico della faccia; in alcuni poi la brevità del tempo, che non era bastevole a riparare la nutrizione; in altri infine la sitofobia, che non permettendo la lauta alimentazione, veniva ad eliminare con l'esattezza dell'esperienza fisiologica questo amminicolo.

V. Ma direte: — Le vostre cure sono sintomatiche. — Sì, questo è vero. Ma, pur troppo, quante volte il medico può pretendere di far altro, nella terapia, che una cura sintomatica? Forse che noi sappiamo veramente le cause prime di ogni male, e la loro natura patologica? E in quei casi (li ignoro) in cui le conosciamo, forse che questa conoscenza basta per saperci additare una cura radicale? Oh! confessiamolo una buona volta! No.

Digitized by Google

Se non che, questo è poi verissimo, che per una felice combinazione, di cui facile è il divinare la causa, i rimedi utili alla cura dei sintomi più gravi giovano spesso pure alla cura del male, di cui i sintomi sono solo i segnali od i compagni, e quindi quanti più sono i sintomi, che noi possiamo alleviare, tanto più ci avviciniamo a curare radicalmente i mali. Così la belladonna, che solleva il dolore dell'angina, contrae nello stesso tempo i capillari della mucosa iperemica. Così è che l'aconito calma le palpitazioni di cuore, l'acceleramento del polso e la cefalea della febbre, e lo si usa pei reumi e per le risipole, di cui la febbre è compagna. Il mercurio, che mitiga i dolori osteocopi, e fa sparire le pleiadi ghiandolari, opera contro la sifilide. E il chinino, guarendo la febbre, guarisce anche l'ingrossamento della milza e del fegato: - e ciò sia perchè i sintomi stessi si aggravano l'un l'altro, sia perchè il rimedio, nel momento stesso che modifica direttamente la nutrizione di un gruppo di cellule ammalate, giova anche ad altri gruppi di cellule, che trovansi in contatto con queste.

Ora, se la doccia e il bagno freddo nella pellagra giovano ad alleviare i sintomi paralitici, e il senso di scottore generale, e perciò giovano a tutto l'andamento della pellagra, tanto che molti tirano innanzi in grazia di questi; se la nutrizione carnea giova, perchè toglie od arresta il marasma, quanto non deve più giovare l'arsenico, che giova a tutti questi casi insieme, e più alla gastralgia ed alle forme cutanee?

Teoria dell'azione dell'arsenico e del cloruro sodico nella pellagra.

Nelle scienze in genere esperimentali male s'approda col volere attendere ad ammettere gli effetti, fino che non se ne conoscano le cause, ma sopratutto in medicina, dove convien pur confessarlo, dell'azione dei migliori rimedi, per esempio del mercurio, della china, dell'arnica, non si può dare una ragione veramente fisiologica, e dove, almeno per il chinino, se la ragione si è trovata, lo fu assai più tardi dell'epoca dell'applicazione.

Se anche non si rinvenisse una ragione per spiegare l'efficacia dell'arsenico e del sale nella pellagra, a me parrebbe che questa sola bastasse: *ch'essi abbiano giovato.*

Fortunatamente, però, i recenti studi su queste due sostanze ci danno nelle mani materiali bastanti per accontentare gli schifiltosi dell'empirismo, quelli che vogliono fare della medicina pratica una fisiologia applicata.

Infatti, per parlare ora soltanto dell'arsenico, nei pellagrosi si osserva una serie di sintomi, per ciascuno dei quali la pratica ha trovato utilissimo quel veleno, come la paresi, le gastralgie, le convulsioni epilettiformi, l'eritema cutaneo, la profonda denutrizione, l'adinamia, l'anemia e l'atrofia cardiaca.

Tutti sanno come nella Bassa Austria e nella Stiria i contadini somministrino arsenico agli animali, perchè appaiano più belli, e per aumentare loro l'appetito; anzi lo prendono loro medesimi per rinvigorirsi nella salute, e per rendere più lucida la pelle e incarnate le guancie (von Tschudi, *Medic. Wochenschrift.* 1851).

Quanto alle gastralgie, Leader (*Brith. med. Jour.* 1867) mostrò come l'arsenico sia utilissimo in quelle gastralgie non complicate da fenomeni infiammatori, e che dipendono dallo stato morboso del plesso solare, e sono accompagnate da esaurimento del sistema nervoso, facili deliqui, e nevralgie della faccia: e tali sono le gastralgie proprie dei pellagrosi.

Isnard (*De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux*, 1865) chiama l'arsenico il vero medicamento dello stato nervoso, come il ferro della clorosi, sopratutto, dice egli, nelle nevrosi, nelle adinamie accompagnate da cachessie.

Christison trovò difatti l'arsenico utile nelle paralisi incipienti. De Haen narra di un uomo prima affetto da crampi, iperestesie, debolezza agli arti, passata poi a paresi, che, curato coll'arsenico, ricuperò prima l'uso delle braccia, poi delle gambe. Murray narra pure quattro casi di paralisi degli arti inferiori guariti coll'arsenico (Ruckert, *Klin. Erfahr.* IV, pag. 449).

Chi allo stato sano, dice Trousseau, lo prende in piccola dose, prova un eccitamento generale, come per una tazza di caffè; dopo permane una singolare vigoria negli arti inferiori, per cui si camminerebbe molto più dell'abitudine (vol. I, pag. 237).

Finalmente, in questi ultimi tempi Hunt pubblicava una stupenda monografia redatta sull'osservazione di 1600 casi. In essa egli mostrava la grande efficacia dell'arsenico dato a dosi moderate, e la sua azione elettiva sopra il cuore, sulla pelle e sul sistema nervoso. « Dato a grandi dosi, *tossiche*, produce (scrive egli) paralisi immediata del cuore (azione dunque sul cuore), o gastrite con nausea o vomito (azione sul ventricolo). Quanto finalmente agisca sul sistema nervoso, lo dimostra, producendo negli avvelenati epilessia, mania, delirio furioso: dato invece a dosi moderate (come 5 goccie di Fowler al giorno), produce fenomeni ugualmente elettivi sui visceri, sul sistema nervoso, ma ben differenti, anzi ai primi contrari; aumenta l'impulso cardiaco, ristabilisce od accresce l'appetito, facilita la digestione, vince nevrosi intermittenti, e qualche volta epilessie » (*Journal of cutan. diseases*, 1868).

L'azione sua sopra la cute è così notoria, che non ha bisogno di essere documentata; basti citare Ryhusck, che guarì con esso le eruzioni

Digitized by Google

pustolose croniche, e il Twaites, che vinse la *porrigo furfurans*, e Baudin, che debellò con esso l'acne rosacea, come Cazenave e Biett l'eczema, e Bayer e Schubert la *prurigo* (*Moniteur des Hôpitaux*, 1856).

Un'azione poi che merita di essere ricordata qui, perchè darebbe una ragione strettamente fisiologica della sua efficacia nella pellagra, è la sua azione antifermentativa e antisettica. La sua efficacia contro le febbri intermittenti era nota fin dai tempi antichi, per cui nel medio evo si portava l'arsenico negli amuleti contro le febbri. Di poi il Fowler, il Brera, il Monro, il Gosselin, il Baudin e cento altri ne mostrarono l'efficacia nelle febbri, sopratutto non terzanarie. Altri ne trovò utile, l'Hartmann, l'applicazione nel tifo e nelle piemie.

Ma una ragione fisiologica più importante spiega pure l'efficacia dell'arsenico nei marasmi pellagrosi, e come gli arseniofagi e gli allevatori l'adoperino per ingrassare gli animali e sè stessi, e come siasi trovato utile persino in certe tisi, secondo Trousseau.

E questa si è, che esso, secondo le esperienze di Schmith e Sturzwage, in piccola quantità iniettato negli animali, diminuisce il processo di riduzione, sicchè, per esempio, i gattini dopo l'iniezione di esso, anche sottoposti ad un regime di inanizione, non diminuiscono, ma accrescono di peso (Moleschott, *Untersuchungen der Naturlehre*, 1859, pag. 295).

Ora, se l'arsenico non facesse altro nei pellagrosi, che arrestare l'eccesso di riduzione dei visceri più importanti della vita, che il veleno maidico produce, e che noi grossolanamente intravedemmo nelle nostre esperienze, e, con tutta sicurezza, nelle necroscopie, noi certo avremmo di che chiamarci contenti, non foss'altro, per potere nei casi gravissimi dar tempo alla lauta dieta di ripristinare gli organi atrofizzati, e per potere *sostituire* nelle campagne quella lauta dieta, che solo si può conseguire nei grandi ospedali, e per poche persone e poco tempo.

Non dissimili ragioni possono addursi per spiegare la benefica azione del cloruro di sodio, e forse tanto più accette ora, che, mercè l'opera di Barellai, di Coletti, di Castoldi, tanto tornarono in onore i bagni marini.

Io non ricorderò le vecchie esperienze di Bischoff, che il sale accresce l'escrezione dell'urea; nè quelle di Boussingault, che mostrò l'azione sua speciale sulla cute, sicchè i tori privati di sale perdono il pelo, e quando ne hanno in copia, si fanno di pelo più lucido dell'ordinario (1); nè quelle ultime, che mostrano come esso faciliti l'assimilazione dei fosfati; sì bene ricorderò, come le esperienze di Plouvier dimostrarono, che il sale giova ad accrescere la forza muscolare, la facoltà digerente, fornendo alla bile il sodio, al succo gastrico il cloro, e come contribuisca allo sviluppo in genere dei tessuti cartilaginei, ossei, mucosi in ispecie, e quindi serva a ripristinarli se ammalati. Quindi, scrive Posner, è utilissimo negli arresti di sviluppo, nelle atrofie dei bambini, massime se accompagnate da torpore, nelle affezioni croniche delle mucose (bronchi, stomaco, intestino), nelle discrasie, nelle scrofolosi (Posner, *Handbuch d. klinis. Arzneimittellehre*, pag. 682). « Le acque di Soolbad (acque salate) si mostrano, continua Posner, singolarmente utili nelle affezioni cutanee: irritando la pelle, ne eccitano la nutrizione, e, agendo nel medesimo tempo sui centri del moto riflesso, guariscono paralisi periferiche, e giovano nelle cachessie da malaria, e premuniscono dalle febbri intermittenti. » Questa ultima azione venne verificata tra i minatori delle saline di Halle, e perfino in quelle del paese più miasmatico d'Italia, nella Sardegna.

Quanto giovi nelle diarree e dissenterie croniche il sale, basterebbe a provarlo l'azione elettiva a tutti nota dell'acqua di Monte Catini (Fedeli).

Ma un'esperienza in grande dell'azione del cloruro di sodio la si ha nei bagni di mare. Essi sono, dice Roccas, indicati nei bimbi in genere e negli adulti, con palpitazioni nervose, con paraplegie, nevralgie del quinto, le quali al momento acutizzano, ma poi migliorano, come pure nelle enteralgie, nei marasmi. L'aumento delle forze si nota appunto nei più deboli, nei più magri, che rapidamente ingrassano. Si notò pure, i bagni favorire l'accrescimento della statura nei bambini, facilitare l'evoluzione dei denti, premunirli da eruzioni, e guarirli dalla scrofola (*Des bains de mer, et de leur action physiologique*, Paris, 1857).

Tutte queste autorità dai punti più diversi s'accordano nel riconoscere, come il cloruro di sodio giovi nei marasmi, nelle affezioni cutanee nevrosiche, infantili, od accompagnate da arresto di sviluppo. Ed ecco perchè giova tanto nei fanciulli pellagrosi, massime quando si adopera per via endermica, che, irritando meno le prime vie, pare la più indicata per questa sostanza.

(1) Moleschott. Kreislauf des Lebens, 1865, Griessen.

L'ottalmoscopio nella alienazione mentale, nella epilessia, nella pellagra

OSSERVAZIONI RACCOLTE

DAL

Dott. AUGUSTO TEBALDI

Docente di Psichiatria nella R. Università di Padova.

(Continuazione, vedi il N. 7).

Nella tavola seguente trovansi registrate le osservazioni ottalmoscopiche relative alla paralisi generale.

Digitized by Google

TAVOLA TERZA

Osservazioni ottalmoscopiche nella paralisi generale.

Numero progressivo	Nome e luogo di osservazione	Età	Sintomi psico-somatici più salienti	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Stadio del morbo	Risultato positivo o negativo
I.	Luigi X.... Padova.	30	Commerciante. Delirio espansivo; periodo di sovraeccitazione. Pupille inuguali, destra più dilatata. Visione buona. Il delirio ha caratteri di demenza, più vari gli accessi, fenomeni paralitici considerevoli.	D. S.	Pallida la papilla, iniezione viva della coroidea, bordi della papilla indistinti. I bordi papillari sono meno riconoscibili; vasi arteriosi fatti più piccoli, venosi salienti e tortuosi.	Periodo iniziale. Sei mesi dopo a processo avanzato.	P.
II.	Filippo B..... Padova.	39	Macchinista. Delirio di grandezza; sovraeccitazione nervosa.	D. S.	Vasellini numerosi; il bordo papillare poco distinto; internamente la papilla sinistra fatta angolosa. Occhio destro più netti i bordi, vasi iniettati; metà della papilla (l'esterna) più bianca.	Periodo iniziale.	P.
III.	Ottavio C..... Padova.	28	Sensale. Delirio espansivo; concitazione. Disordini di venere. Pupille disuguali, sinistra più dilatata. Indebolimento mentale molto pronunciato. Pupille uguali più dilatate. Fenomeni paralitici prevalenti agli arti inferiori, ebetudine, pupille leggermente disuguali, sinistra più dilatata, midriatiche.	D. S. D. S. D. S.	Iperemia capillare delle papille; bordo papillare molto netto inferiormente alla papilla destra, essudato lucido perlaceo. La papilla si fece di un bianco lucido più spiccato; uguale condizione vascolare. Papilla bianca, di minor diametro, anello scleroticale molto marcato, vasi piccoli, specialmente gli arteriosi.	Periodo iniziale. Tre mesi dopo. Nove mesi dopo.	P.
IV.	X..... Venezia.	50	Delirio espansivo. Paralisi nelle estremità inferiori; pupille uguali.	D. S.	Fondo dell' occhio normale, la papilla rosseo-chiara, contorni netti, ben vascolarizzata.	Periodo probabilmente iniziale.	N.
V.	Palmieri Bologna.	40	Oste. Forma congestiva. Delirio di grandezza. Pupille uguali.	D. S.	Papilla suffusa, vasi numerosi e contorti.	Processo avanzato.	P.
VI.	Sugheri. Firenze.	39	Disordine leggiero nella pronuncia, delirio espansivo. Pupille disuguali, la destra più dilatata.	D. S.	Sviluppo enorme di piccoli vasellini, angolosi al bordo papillare.	Periodo iniziale.	P.
VII.	Ricci. Firenze.	35	Paralisi avanzata, defecazione involontaria, balbuziente, in demenza. Miopia congenita.	D. S.	Occhio destro: papilla pallida, bordi interrotti, stafiloma posteriore, due soli vasi dell' ordinaria grandezza, moltissimi piccoli raggiati. Occhio sinistro: uguali condizioni, più la papilla presenta una saliente angolosità. Esiti di nevroretinite, sintomi di atrofia avanzata. In entrambi vasi piccolissimi.	Da più che un anno.	P.
VIII.	Sambo Federico. Venezia.	57	Idee di grandezza, inversione d'affetti; frequenti deliqui, tremori, indebolimento mentale. Pupilla sinistra più dilatata.	D. S.	Iperemia papillare dei grossi vasi, bordo papillare marcato, centro della papilla bianco, vasi angolosi; iperemia retinica.	Da cinque mesi data la affezione.	P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Nome e luogo di osservazione	Età	Sintomi psico-somatici più salienti	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Stadio del morbo	Risultato positivo o negativo
IX.	Parini Lodovico. Venezia.	46	Commerciante. Demente, forma espansiva; fenomeni paralitici diminuiti nel soggiorno al manicomio. Pupille uguali.	D. S.	Suffusione della papilla, bordi indistinti, analoga iniezione retinica. Vasi sviluppatissimi.	Da oltre due anni.	P.
X.	Modotti Luigi. Venezia.	40	Intercorrenti accessi d'esaltamento; idee di grandezza; tremori, balbuziente, barcollante. Pupille inuguali, sinistra più dilatata.	D. S.	Suffusione papillare, vasi centrali di un calibro normale, trasparenti; fondo coroideale pallido.	Da due anni.	P.
XI.	Levi Isacco. Venezia.	38	Commerciante. Grave disordine mentale, delirio caottico, barcollante, balbuziente; forma espansiva; pupilla destra più dilatata. Demente.	D. S.	Infiltrazione essudativa peripapillare, vasi assai tortuosi ed esili; papilla piccola. Nell'occhio destro nel mezzo della papilla, dove confluiscono i vasi, una macchia ad angoli, bianco-perlacea, lucidissima, congenita.	Da due anni.	P.
XII.	Conte G..... Milano.	30	Abusi di vino e venere, esaltamento a forma espansiva. Ora in miglioramento, con stupore e leggiera differenza di pupille, la destra più dilatata.	D. S.	Iperemia papillare e retinica, bordo papillare indistinto.	Da sette mesi.	P.
XIII.	Setti. Pavia.	42	Paralisi, delirio ambizioso, nutrizione buona, robusto. Pupille uguali.	D. S.	Occhio destro: suffusione sanguigna papillare ed escavazione atrofica papillare. Occhio sinistro: uguale condizione senza escavazione.	Da quattro anni malato.	P.
XIV.	De Rossi. Pavia.	49	Speziale. Paralisi, delirio ambizioso, ricorrenti accessi di furore, con tendenze omicide. Fenomeni paresici più marcati nel lato destro. Pupilla destra più dilatata.	D. S.	Numerosi vasi capillari, disposti a ventaglio all'esterno della papilla, il circolo coroideale e periferia papillare molto rossi, il centro pallido. Occhio destro ugual condizione; la vascolarizzazione ricca apparisce all'esterno.	Da due anni.	P.
XV.	Pagoni. Pavia.	39	Cameriere. Abitudini alcooliche, forma espansiva, robusto. Pupille uguali.	D. S.	Iperemia papillare in ambi gli occhi, vasi venosi varicosi e tortuosi.	Da un anno.	P.
XVI.	Franchini. Pavia.	50	Postiglione. Paresico, balbuziente, frequenti diarree. Delirio di grandezza; pupilla destra più dilatata.	D. S.	Nell'occhio destro i vasi venosi maggiori sviluppati, bordi papillari indistinti, nel centro la papilla è bianco-perlacea. Occhio sinistro: circolo coroideale ricco di pigmento, vasi piccoli, papilla irregolare.	Da quindici mesi.	P.
XVII.	Gelli. Siena.	45	Guardia campestre. Delirio espansivo, esalta sè stesso; parola inceppata, tremori, fenomeni paresici facciali maggiori a destra, lingua che devia a destra. Pupilla destra più dilatata.	D. S.	Nell'occhio destro, iperemia nella metà esterna della papilla, l'interna bianca ed anemica. Occhio sinistro: uguale condizione, più la papilla si mostra irregolare, angolosa da un lato.	Dopo 13 mesi della insorgenza, ma ebbe una sosta di fenomeni dopo gli 8 primi mesi.	P.
XVIII.	Lubrano. Siena.	58	Capitano di mare. Paralisi quasi completa delle estremità, balbuzie, demenza con vestigia di delirio ambizioso. Pupilla destra più dilatata.	D. S.	Occhio destro: papilla pallida, contorni indistinti dal fondo pallido coroideale, vasi numerosi ed assottigliati. Occhio sinistro: bordo coroideale ricco di pigmento, vasi vorticosi coroideali maggiormente rosseggianti, vascolarizzazione capillare ricca.	Da un anno e mezzo.	P.
XIX.	Pellegrina Pianigiani. Siena.	50	Delirio ipocondriaco che si alterna con idee grandiose; lubrica nel linguaggio, leggero inceppamento della parola. Pupille uguali dilatate.	D. S.	In ambi gli occhi papille a bordi distinti, ed iperemia retinica coroideale, vasi arteriosi centrali dilatati.	Periodo iniziale data da un mese.	P.
XX.	Neri Antonio. Ferrara.	32	Paralisi avanzata, afasia, forma espansiva, nutrizione discreta. Pupille uguali.	D. S.	Occhio destro: papilla ben contornata, vasi esilissimi. Occhio sinistro: suffusione sanguigna della papilla, contorni indistinti, vasi piccoli, venosi dilatati.	Da un anno e mezzo.	P.

Digitized by Google

Considerazioni.

Le osservazioni ottalmoscopiche praticate nella paralisi generale diedero risultati ben differenti ai molti osservatori.

Il Bouchut riporta quattro casi, nei quali pare più occupato di dimostrare l'utilità del nitrato d'argento nella paralisi generale, che le alterazioni ottalmoscopiche che le son proprie. Tuttavia in uno di questi vi ha una doppia atrofia della papilla con escavazione centrale a sinistra, in un altro papilla *ristretta*, vasi normali, poco pigmento nell'occhio destro, escavazione centrale del nervo ottico, deposito considerevole di pigmento (1).

L'Albutt portò il maggior contingente, ed offerse cinquantatrè osservazioni. In quarantuna trovò malattia del nervo ottico, sette diedero risultato dubbioso, cinque furono riconosciuti normali.

Conchiuse:

1.° Che l'atrofia del disco ottico ha luogo pressochè in tutti i casi di paralisi generale, ed è ornariamente accompagnata dall'atrofia dei nervi olfatorii.

2.° Che essa non si scopre distintamente che alla fine del primo stadio, progredendo lentamente dai centri ottici.

3.° Che l'atrofia comincia come una suffusione rosea del nervo, senza molta stasi od essudati, e termina come una semplice atrofia bianca: l'autore rassomigliò questo processo al rammollimento così detto rosso e bianco del cervello.

4.° Che l'atrofia del nérvo non è in proporzione costante coll'atassia dei muscoli dell'orbita.

5.° Che essa sta in rapporto collo stato della pupilla, la quale è contratta negli stadi primitivi e dilatata nello stadio avanzato atrofico.

6.° Che l'atrofia come sintomo non è un sintomo molto precoce, che probabilmente non ha molto valore diagnostico, e che il suo significato patologico è probabilmente considerabile (2).

Voisin e Galezowski, sopra 40 casi di paralisi generale, trovarono una parziale atrofia della papilla; in un altro un leggiero oscuramento al contorno papillare senza atrofia; in due la dilatazione aneurismatica delle arterie centrali, ed in uno di questi il cambiamento era collegato ad ateroma dei vasi cerebrali e del cuore; in altri tre casi le arterie centrali dilatate, allungate (3).

(1) Bouchut, loc. cit. pag. 330.

(2) Medical Times, loc. cit.

(3) Auguste Voisin. De la paralysie générale. — L'Union médicale, N. 85, 92, 1868.

Graefe e il Westphal riscontrarono l'atrofia papillare due sole volte sopra 14 casi (1).

Nelle quattro osservazioni, che dà il Monti, il risultato è sempre positivo; in tre a stadio inoltrato di marasmo riscontrò l'infiltrazione papillare, nel quarto nello stadio di prima sovraeccitazione osservò l'iperemia papillare e peripapillare. In uno di questi casi la necroscopia rivelò un essudato fibro-plastico alla parte convessa dell'aracnoide, la stretta adesione della pia madre alla sostanza corticale assottigliata e pallida, e la più viva iniezione passiva della stessa membrana alla base del cervello (2).

A questo patrimonio scientifico sopra la paralisi generale io aggiunsi le osservazioni, che raccolsi nelle visite fatte a parecchi dei nostri manicomi; questa circostanza spiega il perchè io non potei in tutti osservare i graduati cangiamenti morbosi, che succedono nel fondo oculare, come nel cervello, nei differenti stadi del morbo, e come non abbia io potuto dare a complemento della osservazione i risultati necroscopici, neppure dei malati che avea nella mia divisione stessa, dalla quale li tolsero le famiglie per collocarli in più addatti stabilimenti, o che io rinviai ai manicomi centrali, dove vi ha modo di alleggerire coi passeggi e coi giardini la triste loro posizione. In uno soltanto io potei ripetere a lunghi intervalli l'esame ottalmoscopico. Con tutto ciò l'assieme delle osservazioni, che raccolsi, può dar luogo a qualche considerazione.

Avendo percorso molti ospitali, e raccolti soli 20 casi di paralisi generale, nei quali la diagnosi potea dirsi accertata, si può inferirne che questa forma da noi non è ancora così frequente come per altri paesi; i colleghi che presiedono a questi ospitali s'accordano su questo, ed io in quattro anni sopra cento cinquanta malati ricevuti di forma mentale, esclusa la pellagra, non ne ebbi che tre casi, dei quali due mi pervennero perchè forestieri, colti da delirio pericoloso nella nostra città; per cui non sono da annoverare, volendo avere un rapporto di questa forma col numero degli alienati di un luogo circoscritto.

Nella tavola esposta non si riscontra che un solo caso raccolto in donne: non è che non ne potessi avere di più, ma la diagnosi è in esse sempre più incerta, ed il numero è ancora più limitato che per gli uomini; io non ne ebbi caso veruno, ed in molti manicomi sarebbe stato assai difficile il voler raccogliere un solo caso certo di paralisi generale in donna.

Tutti i casi raccolti stanno fra i 25 e 50 anni, epoca nella quale ordinariamente la paralisi ge-

(1) Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin, N. 1, 1869.

(2) L'Ippocratico, 15 Giugno 1870, N. 11.

Digitized by Google

nerale si sviluppa, eccetto un giovane a 21 anno, altro a 57 e altro a 58. Il maggior numero di essi sta fra il 30.° e 40.° anno della vita, 13 sopra 20.

Sopra 18 casi osservati, le pupille in 11 erano uguali, in 7 disuguali; essendo per 8 più dilatata la destra, per 3 più dilatata la pupilla sinistra. La dilatazione della pupilla trovai essere fenomeno transitorio, alle volte periodico, e comparire e scomparire in armonia all'esaltamento, come molti altri sintomi di questa forma, che nel suo decorso presenta variazioni infinite, momenti diversi, nei quali i sintomi essenziali si fanno più miti, gli accessori diventano più salienti. Nel malato del N. III. s'avea la pupilla sinistra più dilatata nel periodo iniziale, le pupille erano uguali, ma dilatate più che d'ordinario, tre mesi dopo, tornava ad essere leggermente più dilatata la sinistra nove mesi dopo il primo esame ottalmoscopico.

Se consideriamo il reperto ottalmoscopico in riguardo del periodo diverso di evoluzione morbosa, noi troviamo nei 9 casi di periodo iniziale costante la iperemia ora papillare, ora retino-papillare.

Lo stato della papilla non mostra alterarsi che nel grado di questa iperemia, alle volte così ricca da ridurla di un roseo vivo uniforme, la vera suffusione papillare, stato molto frequente a periodo più avanzato, come si osservò nei casi ai N. IX, X, XIII, XX.

Negli stadi più avanzati, coi quali coincidono i fenomeni salienti di paralisi cerebrale, di tremori muscolari, di delirio, che acquista caratteri di demenza, mutamenti interessanti si riscontrano nella vascolarizzazione, nella forma e colore della papilla dell'occhio. Allo stato di iperemia papillare o peri-papillare, socio ad un processo analogo cerebro-meningeale, succede o s'accompagna una vera nevrite ottica, con tutti i suoi caratteri, col decorso più o meno celere, coi suoi esiti; alle volte edemi retinici, strozzamento della papilla, essudati. La circolazione venosa in tal caso riesce inceppata, ed il reflusso del sangue fatto lento, da ciò il farsi le venuzze coroideali e centrali rigonfie, varicose, e per la esagerata distensione fatte tortuose; questa apparenza dei vasi venosi, oltrechè trovarsi nei periodi avanzati, non ultimi della paralisi generale, è ancora comune a quelle forme croniche di malattie cerebrali e mentali, come vedremo, nelle quali il circolo venoso è inceppato e fatto tardo.

Con molta analogia al processo esposto decorsero i casi I. nella seconda esplorazione, ed i casi V, IX, X, XIII, XV, XVI, nei quali avemmo le alterazioni proprie ad un periodo più inoltrato.

Avanzando il processo morboso verso gli ultimi periodi, avviene che per molte cause, estrinseche alle volte alla papilla, come in caso di peri-nevrite, od intriseche ad essa, come il mutamento istologico del suo tessuto, essa papilla assume mano mano le apparenze della atrofia. Il colore è più sbiadito, i bordi si fanno netti, i vasi diminuiscono di volume, le vene minori si obliterano, le maggiori diminuiscono di lume, le arterie centrali, fatte esilissime, si vedono sole sul campo della papilla, che poi si fa bianca, d'un bianco opaco sopra un fondo retinico coroideale più o meno pallido. Il processo non è certo sempre così regolare e netto; mentre a volte sembra contraddirlo alcuno de' suoi momenti principali, come allora che osserviamo nei periodi ultimi quella costante suffusione sanguigna, per cui i bordi papillari scompariscono, avendosi la condizione analoga a quella data dal rammollimento rosso del cervello, cui succederebbe poi l'atrofia bianca, come dice l'Albutt. Sia l'uno o l'altro di questi modi di decorso, il risultato funzionale è sempre uguale, la perdita progressiva della visione, che è completa nella atrofia giunta a grado avanzato. Nei casi esposti nella tavola precedente abbiamo un periodo iniziale di atrofia al N. III, XI, XIV, XVI, XVIII. Nel primo fra questi la papilla si vide farsi vie più piccola, anemica, biancastra, col procedere della malattia, ripetendo gli esami ottalmoscopici a vari periodi. Il N. VII presenta il caso di atrofia la più avanzata, con stafiloma posteriore ed irregolarità della papilla.

Una circostanza, cui dobbiamo far osservazione, si è che il decorso delle alterazioni anatomiche si mostra assai vario nei molti individui per rispetto al tempo, tal che nell'ultimo caso ad esempio troviamo l'esito finale in un malato da poco più che un anno, mentre in altri dopo sette ad otto mesi abbiamo ancora le alterazioni proprie del periodo iniziale, ciò che s'accorda perfettamente col modo di decorrere della paralisi generale in tutta la sua fenomenologia, ora rapido, ora lento, ora continuo, ora con periodi lunghissimi di soste.

L'esame ottalmoscopico nella paralisi generale indicherebbe un seguito di momenti morbosi, nei quali se non possiamo vedere la condizione primigenia di essa malattia, ne constateremo una, vogliasi pure secondaria, che ha molto analogia col processo infiammatorio; tali momenti sono l'iperemia iniziale, l'edema coi suoi effetti di essudazioni e di infiltrazioni sierose, di rammollimenti ecc., finalmente l'atrofia del tessuto come ultimo esito. A tale conseguenza parve pure accennare il Monti nel suo recente lavoro sopraccitato. Dissi però che probabilmente tutto questo processo morboso potrebbe essere secondario e contingente ad un altro più intimo, al quale ci condurebbero le odierne scoperte microscopiche, che ci fanno abbandonare oggi quello, che ieri si credeva per accertato, sia poi la paralisi generale un processo nettamente infiammatorio, come per chi vide in essa una periencefalo-meningite cronica diffusa

Digitized by Google

(Calmeil), - od un processo di rammollimento della corteccia cerebrale (Parchappe), - ovvero, con coloro che studiarono istologicamente la malattia, una degenerazione sui generis (Rokitanski), - una degenerazione delle pareti vascolari (Wedl, Salomon), - una ipertrofia del tessuto connettivo, che usura la sostanza corticale distruggendo i tubi nervosi e le loro cellule (Tigges), - una irritazione lenta, che provoca la proliferazione nucleare dove esiste tessuto interstiziale (Magnan).

Un maggior numero di osservazioni potrà meglio accertare la sostanza di questo processo, indicato dalle risultanze ottalmoscopiche, che collima però molto con quello cui accenna l'Albutt sopraccitato, che riguarda l'atrofia pressochè costante per tutti i casi, atrofia iniziata da uno stato di suffusione rosea della papilla, che io così frequentemente riscontrai. Forse l'inavvertenza di non mettere a calcolo lo stadio, nel quale si praticava l'esame, ed il particolar modo di decorso vario nei vari individui, portò ad una discrepanza di risultati, che non dovrebbe esistere trattandosi di forma così bene determinata clinicamente ed anatomicamente, se non lo è istologicamente.

Abbiamo avuto in tre casi una anomalia di forma della papilla; ma come essa si ha anche in istato fisiologico, non sapremmo dare a questo fatto una significanza morbosa.

Ben più interessante è il fatto di ritrovare una differenza nel fondo oculare nello stesso individuo, fatto che noi ebbimo nei casi II, XI, XIII, XIV, XVIII, XX. Queste differenze parrebbero indicare ad una frequente localizzazione del processo morboso, od almeno ad una distribuzione inuguale dell'intensità di esso processo; ciò s'accorderebbe col fatto di aver alcune volte caratteri emiplegici nelle paralisi, come nel nostro malato N. XIV, e colla varietà dei sintomi intellettuali e sensorio-motori, che accenna ad una svariata distribuzione del processo morboso, e confermerebbe il fatto del reperto anatomico, tanto vario nella sede e nelle proporzioni, benchè identico nella sua natura. Già il Lombroso accennò nel recente lavoro sulla pellagra a questa possibile localizzazione del processo cerebrale, colla guida dell'esame ottalmoscopico; godo di aggiungere questi fatti per una forma altrettanto interessante, e credo che un'accurata e lunga osservazione guiderà a preziosi giudizi sulla natura e sul decorso delle malattie cerebrali.

Da queste osservazioni e da quelle raccolte da altri, mi pare dover conchiudere:

1.° Nell'esame ottalmoscopico della paralisi generale doversi fare attenzione al periodo in cui l'esame si compie, allo special modo di decorrere del morbo in quel particolar caso, alle complicazioni.

2.° Il quadro del morbo, giudicato dal fondo oculare, e studiato nei suoi stadi progressivi, assomigliarsi ad un processo infiammatorio del nevrilema e del nervo ottico, coi periodi di iperemia, di edema consecutivo, di essudazione, finalmente di atrofia.

3.° L'atrofia della papilla essere l'esito più frequente della paralisi; il non essere costante si può spiegare col riescire il processo morboso cerebrale letale, prima che esso sia irradiato al fondo oculare.

4.° All'atrofia condurre due differenti processi, uno per neurite ottica, l'altro per suffusione della papilla, analogo al processo di rammollimento rosso cerebrale.

5.° Il reperto differente per gli occhi di uno stesso individuo accennare ad un periodo differente del morbo, da un lato e dall'altro; e mettere sulla via per determinare la differente localizzazione del processo morboso nella maggior sua intensità, ciò che par succedere con una certa predilezione di un lato, piucchè distribuirsi esso processo equabilmente ed estesamente;

6.° In armonia a questa ultima deduzione sta la varietà dei disordini funzionali, la loro mutabilità, e la differenza di sede e di estensione, che presenta l'alterazione patologica in questa forma.

6.° La compartecipazione del nervo ottico al processo morboso, proprio della paralisi generale, dover essere pressochè costante, dappoichè sopra 20 osservazioni una sola volta l'esame non fece riconoscere alterazioni di molto significato.

(continua)

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

A. Valentin. — *L'aumento della temperatura dopo la morte.* Dissertaz. inaug. Leipzig 1869.

I casi nei quali fu constatato dai vari autori un aumento di temperatura dopo la morte si riferiscono a: — 1.° *Malattie cerebrali*, fra le quali: emorragia dell'emisfero sin. da 36, 1° a 38, 3° De Haën; - meningite cerebro-spinale da 41, 81 a 41, 9, Wunderlich; - meningite basilare e meningite della convessità da 39, 75 a 40, 72°, Erb; - rammollimento cerebrale da 42, 560 a 42, 565, Thomas; - cancro cerebrale con emiplegia, raffreddamento di 0,003 per m. nella prima mezz'ora dopo la morte, Otz; - sclerosi del lobo anteriore

Digitized by Google

sinistro, macerazione rossa di alcune parti centrali, stravaso nel talamo ottico sinistro, da 39, 7 a 39, 47°, Erb; - pachimeningite suppurativa intorno a un framento d'osso per frattura di cranio, con commozione cerebrale da 43, 0 a 43, 2°, Lücke. — 2.° *Malattie del midollo spinale:* lacerazione del midollo cervicale, 43, 9° anche subito dopo la morte, Brodie; - ferita della colonna vertebrale, dopo morte 44°, un' ora dopo 43, 38° (raffreddamento di 0, 01 per m.), Simon. — 3.° *Neurosi:* tetano reumatico (iperemia e piccoli stravasi nei plessi dello speco vertebrale, aumento del connettivo del midollo) da 44, 75 a 45, 38° 40 minuti dopo la morte; - (focolai di connettivo iperplastico nel midollo) da 42, 0 a 42, 38, Wunderlich; - tetano reumatico, da 41, 2 dieci ore prima della morte a 43, 9 venti minuti dopo la morte, Leyden; - da 44, 3 a 44, 4, Kiener; - tetano reumatico con pneumonite da 39, 62 a 39, 75, Wunderlich; - tetano traumatico (focolaio connettivo iperplastico nel midollo) da 42, 0 a 42, 38°, Wunderlich; - da 41 a 41, 9, Treibmayer; - da 41 a 41, 9°, Perl; - tetano da scottatura da 43, 30 a 43, 32, Thomas; - tetano da malaria da 43, 62 a 43, 25, Ferber; - eclampsia acuta (piccoli stravasi nella pia, sarcoma alla parte anteriore della dura) da 39 a 41, 87, Wunderlich; - diabete mellito (neurosi secondo Bernard) da 41, 12 a 41, 25, Erb; — 4.° *Reumatismi:* artrite generale acuta con delirio e coma (iniezione capillare della sostanza bianca del cervello, edema leggiero della massa cerebrale, iperemia della pia) alla morte 43°; da 40 a 55 min. dopo la morte 43, 8; un' ora e 20 min. dopo la morte all'ascella la temperatura era discesa a 43, 3, nell' interno dell' addome era ascesa ancora a 42, 9, e vi rimase ancora per 5 minuti; due ore e dieci minuti dopo la morte all' ascella la temperatura era 42, 4, nella cavità dell' addome ancora 43, 8, nei muscoli della coscia era ascesa a 44, 8 (temperatura dell' ambiente da 18° a 16, 5°), l'autore; - artrite acuta con meningite, temperatura da 43, 78 a 44, 16; - artrite con fenomeni cerebrali (intorbidamento della pia) pericardite, endocardite, alla morte 43, un' ora e quindici min. dopo 42°, Simon. — 5.° *Endocardite* con fenomeni cerebrali (piccole emorragie della pia, del cervello e del talamo ottico destro, idrope dei ventricoli cerebrali) da 41, 74° a 41, 84°, Thomas e Wunderlich. — 6.° *Risipola*, da 39, 75° a 41, 5°, Bless. — 7.° *Tubercolosi miliare acuta*, da 37, 62 in 15 minuti discese soltanto a 37, 60, in 45 minuti a 37, 5, in 3 ore e 15 min. a 35.° — 8.° *Tifo addominale:* vari casi riferiti da Thomas, in uno dei quali la temperatura salì da 42, 13° a 42, 18°. In 40 casi di tifo Fiedler vide 37 volte la temperatura discendere assai lentamente, e 3 volte ascendere da 41, 50 a 41, 75°, da 42, 62° a 43°, da 42 a 42, 5°. — 9.° *Cholera:* Huebbenet vide salire la temperatura dopo la morte da 26, 25 a 33, 75°; Monti vide simili aumenti nei bambini. Güterbock in 12 casi non vide salita, ma raffreddamenti assai lenti; in un caso la temperatura rimase due ore a 41, 3; in un altro rimase per un ora e mezzo a 40°, e dopo 2 ore non era discesa che a 39, 6°; in un terzo caso la temperatura rimase a 41, 5° per mezz' ora. Deyéres vide scendere la temperatura da 42° a 41, 7 in 6 ore. 10. — *Vaiuolo* con delirio (intorbidamento dell' aracnoidea) da 40 a 44, 5°, ed in altri casi discesa lentissima, Simon. — 11.° Casi vari furono veduti da Seume, Adler, Kraff-Ebing (demenza paralitica progressiva, discesa da 43° a 41, 8 in due ore e mezzo). L' autore vide raffreddamenti lenti ed irregolari, oltre che nel tifo e nella tubercolosi miliare acuta, anche in cadaveri di cancro della mammella con metastasi al peritoneo ed all' osso ilco, pneumonite catarrale relabens, setticoemia.

Da tutti questi casi l'autore trae la conclusione, che l'atrio della morte furono quasi sempre gli organi nervosi centrali (malattie del cervello e del midollo spinale, neurosi motorie toniche e cloniche, diabete, paralisi progressiva, probabilmente anche nei reumatismi e nell' endocardite con fenomeni nervosi e nel caso di vaiuolo di Simon). Dubbio è l' atrio della morte nel tifo, nella risipola, nel cholera. Nel caso di pneumonite complicato con tetano la morte è dovuta secondo Wunderlich all' apparato respiratorio.

Spiegazione del fenomeno ed esperimenti. — Bärensprug, che vide il primo riscaldarsi la pelle dei cadaveri di cholerosi, pensò che per paralisi precedente la morte si dilatassero novellamente i vasi della pelle prima contratti, permettendo così un maggior afflusso di sangue, che riapporterebbe una distribuzione regolare del calore. Ma la paralisi prima della cessazione dei battiti del cuore non è dimostrata, e il riscaldamento della cute dopo la morte può essere considerato semplicemente come un fenomeno di pareggio fra la temperatnra interna e quella della superficie. L' aumento osservato da Güterbock nella vagina deve però considerarsi altrimenti, perchè ivi la temperatura non si abbassa come alla cute.

Leyden, riconoscendo insufficienti i processi ordinari a produrre l' aumento della temperatura nel tetano, nel quale la respirazione e quindi l' introduzione dell' ossigeno sono tanto alterate, crede che la temperatura si produca nei muscoli, appoggiandosi alla scoperta di Béclard, che un muscolo che non può tradurre in effetto meccanico il lavoro delle proprie contrazioni, produce un colore equivalente, per modo che si riscalda tanto più, quanto più si contrae. Nel tetano le contrazioni dei muscoli opposti si fanno equilibrio, quindi manca il loro effetto meccanico; ma per spiegare l'aumento della temperatura, che si verifica nel tetano, sarebbe necessaria una forza di contrazione enorme (pari a 16027, 2 chilogrammometri). Le contrazioni, che avvengono nel cholera, non sono invece capaci di produrre un notevole aumento di calore; inoltre Perl vide nel tetano l' aumento di temperatura non dopo gli accessi, ma soltanto nell'agonia, che decorse senza accessi. Cornaz vide un caso di tetano con pochissimo rialzo della temperatura, Billroth e Fick videro nei cani tetanizzatti artificialmente in alcuni accessi salire la temperatura nei muscoli fino a 0, 55 più che nell' ano, ma una volta la trovarono minore nei muscoli di 0, 9. Inoltre non si comprende perchè il pareggio della temperatura dei muscoli e del resto dell'organismo non debba avvenire durante la contrazione in vita, piuttosto che dopo la morte. Risultando però in fatto, che i muscoli possono riscaldarsi più dell' ano nel tetano, Billroth e Fick ammisero che dopo morte il calore si irriadii dai muscoli meno facilmente che nella vita, e perciò si accumuli alla superficie.

Walther, esponendo al sole gli animali, vide salire la loro temperatura nell' ano sino a 46° al momento della morte,

Digitized by Google

e fino a 50° dopo di questa; era subentrata una rigidità cadaverica assai forte, e i muscoli sembravano cotti. Walther perciò ammise, che l'aumento postmostale della temperatura sia dovuto semplicemente al passaggio del plasma muscolare dallo stato liquido al solido per la formazione della miosina, quindi alla rigidità cadaverica. Huppert abbracciò quest' opinione per aver osservato aumento di temperatura dopo la morte nei conigli avvelenati da colato di soda, e stazionarietà di temperatura per 1 minuto dopo la morte per veratrina, perchè in ambo i casi la morte fu preceduta da crampi; e per aver visto la temperatura scendere da 38,27° a 34,0° in 139 min. in un coniglio ucciso per embolia di glicerina, nel quale fu misurato anche il grado di rigidità cadaverica e l'eccitabilità elettrica, mentre riscaldato lo stesso coniglio il giorno appresso fino a 38°,50, la temperatura ritornò a 34° in soli 71 minuti, e al 3.° giorno fece la stessa discesa in 64 min. Inoltre egli ritardò la rigidità cadaverica uccidendo il coniglio per avvelenamento di *solfocianuro potassico*, e il cadavere si raffreddò prima della rigidità da 37,51° a 34,03° in 38,5 minuti, mentre il giorno appresso in seguito a riscaldamento artificiale in 36,25 minuti non si raffreddò che da 37,50° a 36,25°; dal che risulta che il ritardo della rigidità cadaverica permise un rapido raffreddamento. Ma in queste esperienze il raffreddamento degli animali era soltanto di 1,27° maggiore di quello dell'arte, quindi i limiti della temperatura osservati erano troppo vicini per togliere ogni dubbio d'errore in animali così piccoli, e l'esperienza col solfocianuro potassico secondo l'autore potrebbe dimostrare anche il contrario (ciò però non si comprende bene, Rel.). Del resto l'autore riconosce l'importanza della conclusione di Huppert, che l'aumento della temperatura dopo la morte non ha che una differenza di grado dall'ordinario rallentamento del raffreddamento, che avviene in tutti i cadaveri; e che esso succede, quando prima della morte si è determinata una condizione, che favorisce una più pronta coagulazione della miosina; l'aumento della temperatura prima della morte non è causa dell'aumento postmortale, ma indica che nel corpo esistono processi, che favoriranno la coagulazione rapida della miosina. Fick e Dibkowsky aderirono a quest'opinione, dimostrando che tanto nella contrazione che nella rigidità cadaverica i muscoli sviluppano calore. Essi immersero due termometri nell'acqua, uno di essi però involto in muscoli di rana o coniglio viventi, e riscaldarono l'acqua a 50°; il termometro in contatto coi muscoli salì più rapidamente, e giunse fino a 0,2° più dell'altro, a cagione della rigidità calorica. Ad una estremità di un circuito termo-elettrico di Haidenhain-Illener inserirono un muscolo in rigidità cadaverica artificiale, all'altra un muscolo vivente dello stesso animale, al quale unirono un apparato per segnare le contrazioni. Il tutto riscaldato, quando si cominciò ad avvertire l'accosciamento del muscolo, che passava a rigidità calorica, l'ago del galvanometro deviò, segnando così aumento di temperatura nel muscolo in processo di irrigidimento; compita la rigidità cessò subito la deviazione dell'ago. Schiffer modificò quest'esperienza: espellendo il sangue coll'iniezione di soluzione di cloruro sodico, produsse rigidità calorica in un arto, e durante l'esperienza rese rigido l'altro arto mediante la veratrina. Non avvenne nessuna differenza di temperatura nei due arti. Egli spiega questo risultato negativo, ammettendo che la rigidità sia diversa se prodotta dalla morte o da debole calore, oppure dal calore d'ebollizione o da agenti chimici forti; la prima sarebbe un processo di scomposizione, pel quale si produce la miosina con isviluppo di acido carbonico e calore; la seconda una semplice coagulazione dell'albumina senza sviluppo nè di acido carbonico nè di calore. Schiffer vide che il calore comincia a svilupparsi nei muscoli, quando non hanno ancora l'aspetto macroscopico della rigidità.

Alla teoria della rigidità cadaverica produttrice di temperatura dopo la morte si oppone la teoria dei processi citati, che producono l'aumento nell'agonia per influenza speciale del sistema nervoso, mentre dopo la morte non avviene che pareggio della temperatura interna colla esterna. Secondo Brodie dopo un aumento premortale la temperatura diminuisce più rapidamente nel cadavere di un animale cui fu tagliata via la testa, che in uno al quale fu separato con taglio netto il midollo allungato dal cervicale senza lesione di quest'ultimo. Similmente Chossat vide un rapido raffreddamento dopo ferita del cervello al davanti del nodo, commozioni cerebrali, avvelenamento d'oppio, taglio dei vaghi, e nelle ferite del midollo spinale raffreddamento tanto più rapido quanto più alta la lesione. Tscheschichin trovò invece per ferite del midollo allungato aumento di temperatura nell'agonia, che si prolunga dopo la morte, per ferite del midollo spinale raffreddamento graduato; ed ammise nel midollo spinale un centro eccitatore della calorificazione, e nel cervello un sistema arrestatore simile a quello di Setchenow pei movimenti, paralizzato il quale aumenta la temperatura (ritiene anche la febbre prodotta da paresi di questo centro).

A questa teoria però si deve opporre, che non è dimostrato che dopo la morte avvenga più rapido il pareggio fra la temperatura interna e la superficiale, e che in qualche caso l'aumento postmortale non fu preceduto da aumento premortale.

Ackermann considerando che dopo la morte manca uno dei mezzi principali di raffreddamento, l'introduzione dell'aria fredda, perchè cessa la respirazione e l'evaporazione dalla pelle, ammise l'aumento postmortale della temperatura essere dovuto alla produzione di calore normale, che dura qualche tempo dopo l'ultima inspirazione, mentre l'irradiazione del calore è diminuita.

L'autore osservò l'andamento della temperatura dopo la morte di 3 marmotte uccise colla veratrina durante il letargo invernale, e vide che il raffreddamento non decorre secondo la legge di Newton (la celerità del raffreddamento di un corpo è in ogni momento proporzionale alla differenza che passa fra la temperatura del corpo stesso e quella dell'ambiente), ma non vide aumento di temperatura. Nelle rane uccise col taglio del midollo spinale appena dietro la testa vide dapprima un aumento di temperatura dovuto al crampo suscitato dal taglio del midollo, poi ritornata la temperatura eguale a quella dell'ambiente nello spazio di circa un'ora, si manifesta un nuovo aumento. Le rane erano divenute rigide e gonfie per l'acqua in cui erano immerse; l'autore però non vuol riconoscervi una vera rigidità cadaverica, e lascia in dubbio la causa di questo nuovo

Digitized by Google

aumento. In 3 maiali uccisi per emorragia vide salire la temperatura del fegato (nel quale introdusse il termometro per mezzo di una fistola artificiale) e quella dei muscoli della zampa anteriore, fino a 140 minuti dopo la morte; e la temperatura dei muscoli fu sempre inferiore a quella del fegato. Non potendosi trattare in questo caso di paralisi di un centro arrestatore, nè di contrazioni muscolari, perchè la rigidità cadaverica non era ancora comparsa, l'autore ammette negli animali a sangue caldo, uccisi per emorragia, una produzione di temperatura dopo la morte, la quale nelle parti profonde può vincere l'irradiazione del calore, ma tanto meno la supera quanto più queste parti sono vicine alla superficie. Negli animali più piccoli la superficie essendo molto estesa in confronto alla massa, il raffreddamento supera la formazione di calore dopo la morte anche nell'interno (piccioni); tuttavia il raffreddamento dopo la morte è più lento che negli ultimi momenti della vita. Questi fatti si determinano ancor meglio misurando calorimetricamente il calore totale del corpo. In queste esperienze l'autore trovò anche che nell'animale appena ucciso si produce molto più calore che negli animali riscaldati artificialmente. Del resto anche negli animali piccoli a sangue caldo si produce calore dopo la morte, perchè riscaldandoli in una cassa d'aria fino alla morte, la temperatura loro sale anche dopo la morte, e raggiunge un massimo molto maggiore di quello della temperatura dell'ambiente. È dunque necessario che nei cadaveri si sviluppi calore fino alla loro dissoluzione, per modo che basta impedirne l'irradiazione, perchè possa sempre ad ogni tempo aumentare in essi la temperatura. Col progredire della putrefazione sembra che aumenti la produzione di temperatura. La putrefazione non può essere però la causa dell'aumento della temperatura subito dopo la morte. Potrebbe essere la formazione dello zucchero nel fegato, giacchè l'aumento postmortale della temperatura raggiunge il suo massimo nel fegato; ma mescolando fegato di maiale cotto e sminuzzato (la cottura distrugge il fermento zuccherino, ma non il glicogeno) con succo pancreatico, che produce molto zucchero anche nel fegato cotto, non si ha aumento di temperatura. Per la coagulazione l'autore vide ora un leggero aumento di temperatura, ora nessun aumento, e nel latte una volta perfino diminuzione. L'autore dunque conchiude: 1.° Che la produzione di calore dopo la morte è un fenomeno comune a tutti i cadaveri, per modo che si produce aumento postmortale di temperatura ogni volta che la produzione supera la perdita di calore, ciò che può avvenire per aumento di produzione e per diminuzione di irradiazione. 2.° La produzione postmortale del calore è effetto della continuazione dei processi vitali anche dopo cessati i battiti del cuore; l'aumento di questi processi, che avviene in ispecie per influenza nervosa, dà origine a maggior produzione postmortale di temperatura. 3.° La rigidità cadaverica, quantunque nello svilupparsi produca un po' di calore, ha influenza secondaria nell'aumento postmortale della temperatura. 4.° Le scomposizioni cadaveriche concorrono forse notevolmente allo sviluppo del calore dopo la morte. 5.° La perdita di calore a circostanze pari è molto minore dopo la morte che durante la vita, per la qual cosa è possibile un aumento di temperatura anche senza aumento di produzione di calore.

Rovida.

W. Erb. — *Intorno alla reazione galvanica dell'apparato nervoso dell'udito nello stato sano e nell'ammalato.* — Ach. f. Augen-u. Ohrenheilkunde Vol. 1, parte 1.ª

Queste osservazioni, dirette allo scopo solo di difendere i fatti annunciati da Brenner (Esperienze ed osservazioni di elettro-terapia intorno all'azione della corrente elettrica sull'organo dell'udito nello stato sano ed ammalato. — Tentativo di fondare una elettro-otiatrica razionale. Lipsia 1863), contro le obiezioni che vi furono mosse, furono eseguite con una batteria di Staörer, cui si aggiunse più tardi un reostato e un commutatore di Siemens e Halshe.

L'eccitazione galvanica dell'acustico incontra molte difficoltà, fra le quali 1.° il dolore che è più forte, se si introduce l'elettrico nel dotto auditivo esterno ripieno di acqua salata, e diventa facilmente insopportabile per poco che aumenti l'intensità della corrente; negli ammalati però esso è in genere minore sia per assuefazione ad altre applicazioni, sia per modificazione della membrana del timpano in seguito agli astringenti. Il dolore diventa sopportabile, se col metodo di Brenner si applica un elettrodo un po' grande sul trago, e comprimendo si chiude con esso ermeticamente il dotto auditivo pieno di acqua salata, perchè il dolore resta limitato alla pelle, e gli epifenomeni che si ottengono in questo modo non recano molto danno alla chiarezza dei risultati. Si può anche tenere le chiusure assai brevi, oppure dopo aver applicato a lungo l'elettrodo sul trago portarlo rapidamente nel condotto auditivo. Vertigini e sbalordimento sono dannose soltanto per le persone sensibili, e sogliono svanire nelle ripetute applicazioni. Di disturbo maggiore sono le contrazioni muscolari principalmente del massetere e delle palpebre, e del braccio cui si applica il secondo eletrodo, e le sensazioni luminose perchè distraggono l'attenzione del paziente dalle sensazioni auditive. — Se si applica l'elettrodo al trago per chiudere il dotto, questo dev'essere ben pieno d'acqua salata, altrimenti vi nascono rumori particolari. Essendo molto profondo il nervo da elettrizzare, il secondo polo deve esser tenuto lontano, perciò convien applicarlo al dorso della mano dell'altro lato, e non all'orecchio opposto, perchè si avrebbero fenomeni cerebrali troppo forti. Oltre a ciò bisogna ripetere molte volte i tentativi, perchè da principio si stenta a rilevare le sensazioni che si hanno, ed è importantissimo di saper bene interrogare i pazienti intorno alle sensazioni che provano, seguendo le osservazioni di Brenner. Infine è assai utile che il rinforzo della corrente si faccia molto lentamente. Si ha sensazione di suono alla chiusura del circuito, quando il polo catode (elettrodo a bottone coperto di spugna, colla forma esterna di un imbuto da orecchio) è nell'orecchio, e, se pur non si sente, basta una lunga chiusura a portare tale eccitamento, perchè poi alla prima nuova chiusura col catode nasca la sensazione. Più attiva però è la chiusura col catode (Ch. Ca.), dopo che si è fatto agire lungamente l'anode (An.), quindi nel modo più manifesto per mezzo della così detta alternativa voltiana, fatta rapidissimamente per mezzo di un commutatore. Una volta ottenuta la sensazione di suono, permane anche per correnti meno forti e per la sola Ch. Ca. (chiusura col solo catode nell'orecchio). Colla Ap. An. (apertura coll'anode nell'orecchio) la reazione dell'acustico non av-

Digitized by Google

viene che a correnti molto più forti; si ottiene però più facilmente anche in questo caso dopo lunga chiusura e graduato rinforzo della corrente fino al massimo grado tollerabile, precisamente come avviene pei nervi motori.

I fenomeni ottenuti dall' autore sono dunque perfettamente corrispondenti a quelli trovati da Brenner, che sono espressi dalla formola seguente:

Ch Ca, S (suono), suono distinto ed accentuato.
D (1) Ca, S >, suono che a poco a poco va scomparendo.
Ap Ca — nessun suono.
Ch An — id.
D An — id.
Ap An, S, suono debole e corto, dello stesso carattere di quello Ch Ca.

Questa formola normale, che vale soltanto per le correnti apportabili alla testa, corrisponde esattamente alle leggi stabilite da Pfluger, Bezold ed altri pei nervi tanto motori che tattili; di fatto il nervo acustico non reagisce con sensazione di suono alla corrente galvanica sotto l' influenza del polo catode (negativo) che alla chiusura, sotto l' influenza del polo anode (positivo) all' apertura del circuito con suono più debole, nello stesso modo che sui nervi si ha reazione per la chiusura al polo catode e per l' apertura all' anode, ma la contrazione di apertura è più debole e più tarda di quella della chiusura, legge che ultimamente fu verificata da Engelmann anche per l'eccitazione galvanica diretta dei muscoli. Quale sia poi la direzione colla quale la corrente giunge al nervo auditivo, è impossibile a stabilirsi; sembra dunque l' azione dei singoli poli sia almeno prevalente a quella direzione, la quale del resto anche nei nervi motori si limita alla sola trasmissione dell' eccitazione, poichè si sa che assieme alla contrazione o alla sensazione intorno al polo si producono influenze, che fanno ostacolo alla trasmissione. Difficile a spiegare è perchè, anche colle correnti più forti non si possa riuscire ad avere sensazioni di apertura col catode e di chiusura coll' anode, come avvengono per correnti fortissime le contrazioni muscolari. L'autore tende ad ammettere, che soltanto l' apparato terminale più esterno dell'acustico possa venir eccitato, per modo che resti sempre sotto l' azione del polo più vicino, mentre la fase elettro-tonica opposta, che deve naturalmente formarsi, non sopravvenga che nella parte centrale del nervo, la quale non è eccitabile per correnti, che, per quanto forti, sono sempre deboli. Nello stato di salute non si ottengono mai fenomeni diversi dalla formola sovraccennata, per modo che una deviazione da questa formola esprime uno stato di malattia del nervo acustico.

Il suono percepito non è mai molto diverso negli individui sani; di solito è un suono alto, metallico, più o meno chiaro e puro, che viene designato da taluni come una specie di fischio, da altri come il suono di un campanello da tavola. Suoni diversi non sono percepiti che nei casi patologici, quali romba o ronzio come di api o di calabroni; così pure varia nello stesso individuo a seconda dell' intensità della corrente, diventando più chiaro per le correnti deboli, mentre nell' individuo sano si ha sempre la stessa sensazione. Nello stesso individuo comincia anche la sensazione sempre allo stesso grado di forza della corrente, per quanto permettono la forza della batteria, la qualità degli elettrodi, la pelle, e il liquido con cui si rinumidisce. Nelle iperestesie gravi dell' acustico coll' allontanare l' An dall'orecchio, facendolo scorrere verso il mento, si ha lo stesso effetto della Ap An, e il suono è più intenso, quanto più rapido si fa scorrere l' elettrodo sullo pelle; riaccostando nello stesso modo l'An all' orecchio, il suono scompare come nella Ch An. All' opposto avviene col catode, pel quale scompare il suono quando si allontana l' elettrodo, e ritorna quando si fa scorrere di nuovo l' elettrodo verso l' orecchio. Tutti questi fenomeni furono già osservati da Brenner.

L' autore ammette con Brenner, che i fatti descritti non possano essere prodotti dall' eccitazione diretta del nervo acustico, il quale viene attraversato dalla corrente. L' opinione che siano riflessi dal trigemino, è affatto insussistente, perchè oltre che finora non è punto constatata la esistenza delle sensibilità simultanee (Mitempfindungen), e le leggi trovate corrispondono perfettamente a quella della galvanizzazione diretta degli altri nervi, Brenner osservò che applicando gli elettrodi nel modo più opportuno per eccitare il quinto, diminuiscono o scompaiono le sensazioni acustiche, e viceversa quando l' elettrodo è introdotto nel condotto auditivo si hanno più prontamente e più forti sensazioni di suono anche con correnti più deboli. E concordi sono anche a questo proposito le esperienze dell' autore, il quale vide che tenendo il Ca fisso all' orecchio si ha Ch Ca S quasi collo stesso numero di elementi, tanto se l' An è applicato alla spalla del lato opposto (14 el.), come se al foro infraorbitale dello stesso lato (12 el.), nel qual caso la resistenza è assai minore, il dolore e l' eccitazione del quinto sono molto maggiori; così pure se il Ca è dietro l' orecchie, per avere senso di suono fanno d' uopo correnti più forti, quanto più gli elettrodi sono in posizione favorevole per la riunione superficiale delle correnti. Lo stesso per la reazione dell' Ap An, quando l' An è posto vicino all' orecchio. Nello stesso modo, essendo fisso il catode all' orecchio sinistro e costante la forza della corrente (capace di dar suono con 4 elementi Ch Ca, e con due elementi agendo coll' alternativa voltiana sul Ca), ottenne sensazione acustica forte applicando l' An alla guancia destra, più debole applicandolo all' osso zigomatico destro, ancor più debole alla guancia sinistra, debolissimo all' orecchio sinistro, nessun suono coll' An medesimo al processo mastoideo sinistro. Dal che risulta, che tanto più facilmente destano sensazione di suono le correnti, quanto più penetrano profondamente.

Non regge nemmeno l' ipotesi che le sensazioni acustiche non siano che la percezione di leggierissimi rumori che avvengono nell' orecchio, resa possibile dall' aumento di eccitabilità indotta nel nervo acustico dalla corrente galvanica; perchè la formola normale di Brenner non concorda colla legge di Pflüger dell' aumento elettro-tonico della eccitabilità, poichè questa aumenta per la D Ca, e invece la sensazione acustica diminuisce, e dovrebbe manifestarsi all'Ap Ca per la modificazione negativa al cessare del catelettrotono,

(1) Durata della chiusura del circuito.

Digitized by Google

e invece s'e visto che non compare mai per qualunque intensità si possa dare alla corrente.

In una serie di casi patologici osservati dall'autore riscontrò le seguenti formole anormali:

1.° Caso. — *Iperestesia semplice del nervo acustico sinistro, di quando in quando sussurri all'orecchio sinistro.*

Prima sensazione a 6 elementi:

6 El. Ch Ca S', con alto fischio.
D Ca S' ∞, fischio persistente fino all'apertura del circuito.
Ap Ca — nessun suono.
Ch An — id.
D An — id.
Ap An S >, suono persistente abbastanza a lungo.

2.° Caso. — *Iperestesia semplice di ambo gli acustici, sussurri continui agli orecchi, tolti per un po' di tempo colla D An.*

4 El. Ch Ca F (fischio)
D Ca F ∞ (persistente).
Ap Ca —
Ch An —
D An —
Ap An F > (prolungato). — Durante la chiusura senso come d'ebollizione per l'elettrolisi. Esperimentata l'azione della corrente sul sussurro con D An, con 4 elementi scomparve quasi affatto dopo 1 min., con 6 elementi scomparve totalmente in 1 min., con 8 elementi scomparve tosto, e ritornò dopo 10 secondi; di nuovo con 6 elementi nessun sussurro anche dopo 20, con 4 elementi sussurro leggero, che scomparve colla lunga durata, lo stesso con 2 elementi; poscia aperto lentamente il circuito, nessun sussurro, testa libera e leggiera.

3.° Caso. — *Iperestesia semplice del nervo acustico destro, iperestesia semplice anche del sinistro, ma con invertimento della formola normale; ottusità d'udito a destra, sordità totale a sinistra, sussurro forte da anni, principalmente a sinistra, con guarigione temporanea per mezzo di D Ca nell'orecchio sinistro.*

Orecchio destro.

4 El. Ch Ca F', fischio forte e manifesto.
D Ca F ∞, fischio perdurante fino all'apertura.
Ap Ca —
Ch An —
D An —
Ap An F >, fischio persistente assai.

Orecchio sinistro.

6 El. Ch Ca — nessun suono.
D Ca —
Ap Ca F >, fischio debole persistente a lungo.
Ch An F, fischio molto sonoro.
D An F ∞ fischio fino all'apertura.
Ap An — nessuna sensazione.

4.° Caso. — *Iperestesia di ambo i nervi acustici con modificazione qualitativa della formola normale.*

Orecchio destro.

8 El. Ch Ca R, ronzio, rombo abbastanza sonoro e forte.
D Ca R >, ronzio che scompare dopo qualche tempo
Ap Ca S >, canto o suono metallico alto, alquanto persistente.
Ch An S, suono metallico intenso.
D An S ∞, suono fino all'apertura.
Ap An R >, scomparendo il suono metallico ritorna il ronzio.

L'autore espone altri casi, dai quali tutti si può conchiudere con Brenner, che *l'esame di un orecchio ammalato non è compito che quando si ha rilevato anche la reazione galvanica del nervo acustico.*

Risultati così netti, come si possono avere dalla galvanizzazione del nervo acustico, non si ottennero finora sui nervi motori, tanto riguardo alla condizione patologica della reazione quanto all'effetto terapeutico, intorno a che è assai notevole un caso in cui era invertita la formola normale, e si potè far cessare il sussurro colla Ch Ca, anzi che colla Ch An, che più di solito riesce a questo scopo. — Queste osservazioni fanno sperare un campo più facile di studi intorno alla galvanizzazione dei nervi in molte malattie, e principalmente nelle nevralgie e nei crampi.

ROVIDA.

Dupierris. — *Iniezioni iodate nella cavità dell'utero.* (Union medic. de la Gironde. Fev. 1870). Lyon médical. N. 8, 1870.

L'autore adopra le iniezioni iodate nei casi di metrorragia post partum per inerzia dell'utero. Il medicamento eccita in modo la superficie interna di quest'organo, che lo costringe a ritornare su sè stesso, procurando in tal modo la chiusura dei vasi beanti, che danno esito al sangue. Prima di fare l'iniezione egli ritira dall'utero con la mano tutti i coaguli di sangue, e quindi fissata con la stessa mano la sciringa annessa al sifone, inietta con forza la soluzione seguente: tintura di iodio grammi 15; ioduro di potassio centigr. 50; acqua grammi 30. Il liquido, dopo aver bagnato l'interno dell'organo, viene respinto con violenza. — L'utero si retrae ben tosto, diventa duro e sferoide; il puerperio è benigno; i lochi poco abbondanti e non molto fetidi, e durano per solito 5 a 7 giorni. — Il lavoro di Dupierris su tale argomento, presentato alla Società di Medicina di Bordeaux, è stato soggetto di un rapporto favorevole per parte di Douaud, ed ha provocato una importantissima discussione nel seno della società stessa.

C. B.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 9. BOLOGNA 30 Settembre 1870.

MEMORIE ORIGINALI

FLEMMONE GANGRENOSO DELLA GAMBA DA CAUSA REUMATICA

PEL

Dott. LUIGI ANGELICI.

Maria Ortolani, tredicenne, passava molta parte del giorno nel tessere e nel lavar panni, tenendo le gambe immerse nell'acqua, senz' esservi assuefatta nei tempi scorsi. Ha tuttora i propri genitori sani e robusti; i fratelli e le sorelle godono di buona salute. Dei congiunti, l'avo paterno ebbe in età di 17 anni nella gamba destra, come egli dice, una *spina ventosa:* dopo due anni dal principio della malattia escirono due pezzi d'osso necrosato dalla regione esterna del femore, tre dita trasverse al disopra dell' articolazione femoro-tibiale, ove osservansi tutt' ora delle profonde cicatrici; rimase l'articolazione semi-anchilosata. Quest'uomo ha 65 anni, e non fu afflitto d'alcun'altra infermità. La zia della madre dell'inferma ebbe altra spina ventosa in una gamba, che le produsse imperfezione duratura.

A 18 mesi la Ortolani si ammalò di catarro intestinale, che la ridusse ad uno stato pressochè marastico; quindi godette buona salute fino a 10 anni, età in cui fu colta da leggiero dolore nell'articolazione tibio-tarsica destra, precisamente nel luogo dove esordì la malattia, oggetto di questa storia, senza gonfiore e rossore, non obbligandola punto a guardare il letto, e che scomparì completamente nel corso di dieci o dodici giorni, non lasciando alcuna traccia.

Raggiunto appena il 13.° anno di vita sempre in perfetto stato, fu assalita da dolore piuttosto mite all' articolazione tibio-tarsica destra nel mentre lavando panni teneva immerse le gambe nell'acqua. Non desistette però dalla sua occupazione, se non dopo terminato il lavoro. Il dolore andava di pari passo crescendo con la difficoltà di articolare il membro, ed un malessere generale colse l'inferma nella seguente notte, con senso di calore nell' articolazione suddetta. Dopo 24 ore circa dall'esordire de' prodromi, proruppe la febbre con freddo, e perdurò per più d'un'ora. Il dolore e calore aumentarono ognor più, fino a tanto che nel 3.° giorno di malattia, persistendo mai sempre la reazione generale, riusciva alla paziente di somma incomodo il peso delle coperte sopra l'arto malato; di già l'intera articolazione erasi fatta gonfia, tesa, ed era impossibile qualunque spontaneo movimento; il calore mantenevasi pressochè naturale.

Tale stato seguitò il 4.° e 5.° giorno di malattia; nel 6.° il gonfiore si propagò lungo la gamba, e nel 7.° ed 8.° giorno raggiunse l'articolazione femoro-tibiale, rendendone i movimenti difficoltosi. Tale progresso fu segnato da aumento di febbre esordiente con brividi, la quale, al dir de' parenti dell' inferma, esacerbavasi sempre verso sera con senso di freddo. Nel 9.° giorno decisero i parenti dell'inferma chiamarmi, perchè le prestassi la mia cura. Ecco in quale condizione la trovai il 5 Aprile 1869.

Reperto obbiettivo.

Lamentavasi l'inferma di un forte dolore all'articolazione tibio-tarsica, con senso di cuociore più molesto immediatamente sotto al malleolo esterno del piede, e senso di tensione con quasi egual dolore lungo la gamba, il quale irradiavasi a tre dita trasverse al di sopra dell'articolazione femoro-tibiale, ove il dolore e gonfiore cessavano completamente. Dal punto ora indicato fino all' articolazione tibio-tarsica l' arto erasi ingrossato più che il doppio dell'altro corrispondente, coprendosi la cute d'un rossore uniforme, e più carico solamente al disotto del malleolo esterno. La pelle mostravasi tesa uniformemente e lucida; le striscie e placche di color rosso-carico mancavano, e non apparvero mai. Il palpamento anche il più moderato produceva in ogni punto un vivissimo spasimo; il calore era quivi molto più elevato che in altre parti del corpo. L'arto era duro, specialmente nell' articolazione tibio-tarsica e sue adiacenze, divenendo alquanto pastoso nelle regioni più lontane da questa. Il dito lasciava una leggera impronta.

Puls. 124; resp. 24; temp. 38.° del centigrado.

Statura giusta, pelle che si può sollevare in larghe pieghe, pannicolo adiposo scarsissimo, muscolatura flaccida e sottile, scheletro osseo proporzionato; color del volto bianco, leggermente tendente al terreo e suffuso d'un leggier rossore; mucose gengivo-labiali rosee discretamente, pallida la congiuntiva bulbo-palpebrale; sensibilità

Digitized by Google

generale non alterata; collo lungo, appena appariscenti le iugulari, pulsazioni delle carotidi distinte, muscoli sterno-cleido-mastoidei molto sottili ma eguali, non tumefatte le glandole del collo. Torace cilindrico, spazi intercostali visibili ed eguali, mammelle appena delineate. Il cuore batte al solito sito, e l'urto è mediocre ed alquanto diffuso. Qualche rarissimo rantolo si ode nel polmone. Tuoni del cuore e delle grosse arterie normali, se si eccettui il secondo tuono aortico un po' rinforzato. Prevaleva il tipo di respirazione detto costale. Nulla d'abnorme nell'addome, che era molto appianato.

Cefalea mite; sete aumentata, lingua asciutta, impaniata da un intonaco biancastro alla base; pelle madida; appetito nullo; orine rosse e sedimentose, il sedimento era polverulento e di color mattone; alvo pigro. — Feci applicare otto mignatte al malleolo esterno, regione più dolente, e ordinai che, terminato di colare il sangue, si coprisse l'arto con cataplasma di lin-seme, e fosse somministrato un purgante oleoso.

6 Aprile. Mattino. — Puls. 126; resp. 24; temp. 38.° e mezzo. Le notti si passavano insonni. La gamba sempre dolente, da riescirle fastidiosissimo il peso delle coltri e qualunque movimento articolare sì attivo che passivo; sotto al malleolo esterno maggior rossore eresipelaceo; al tatto senso di oscura fluttuazione. — Frizioni con cloroformio ed olio di oliva; somministrazione di nitrato di potassa, grammi 6 in 250 di acqua, da prendersi a cucchiai.

7 Aprile. Mattino. — Puls. 128; resp. e temp. come nel dì precedente. — All'11.° giorno di malattia applicai tre giri di fascia circolare, incominciando quattro dita trasverse al disopra dell'articolazione tibio-tarsica, allo scopo d'impedire i progressi flogistici nei punti in cui non era ancora avvenuta la suppurazione, o laddove esistessero globuli purulenti, per disporli all'assorbimento, affrettandone con l'apparecchio il disfamento grassoso.

Mi attenni a tal cura per tre riflessi: 1.° per non poter pensare o mettere in esecuzione il miglior modo curativo consistente nelle lunghe incisioni e profonde, essendochè vi si opponessero parenti ed inferma; 2.° perchè anche nel flemmone si adopera la compressione per le ragioni disopra esposte; 3.° perchè veduta l'analogia, che passa tra il metodo curativo del flemmone e quello della mono-artrite, con maggior franchezza poteva determinarmi all'applicazione della fasciatura compressiva, sperandone effetti somiglianti, quantunque non nutrissi fiducia di ritrarre da tale spediente intero vantaggio.

8 Aprile. 12.° di malattia, 4.° di cura. — La fasciatura erasi di molto rallentata; e tolta via, l'arto apparve detumefatto di un terzo, e la spina della tibia sporgente sopra le altre parti, e sensibile in tutto il suo corso; il dolore, paragonato all'insoffribile dei giorni scorsi, era mite su tutta la gamba, e non si ridestava così acerbo come in passato neppure col palpamento grossolano. Il ginocchio, che non era ancor sede di tanto gonfiore e dolore, come l'articolazione tibio-tarsica, si era pur esso detumefatto relativamente, ed eravi minor dolore del dì precedente.

Aprii il tumore esistente, come vedemmo, al disotto del malleolo esterno del piede, grande come una piccola noce, e dal quale uscirono fuori circa 80 grammi di pus di buona qualità.

Incoraggiato dal risultamento ottenuto in 24 ore, volli riapplicare l'apparecchio suddetto, sempre però a malincuore de' parenti dell'inferma ed anche di questa, che temeva di sentire dall'applicazione dell'apparecchio quel dolore che sofferse il dì innanzi; e ciò feci, incominciando dal luogo su descritto. Dopo poche ore i parenti ritolsero la fascia, perchè l'inferma dicea che le faceva male nella regione poplitea.

Da questo tempo la pigrizia e l'incredibile apatia de' parenti fece sì, che abbandonassero a sè stessa la povera inferma, e da me non fosse più veduta se non dopo 22 giorni. Quali mezzi adoperassero, non mi fu dato sapere; solo mi confessarono, come dissi poco fa, che l'apparecchio fu tolto appena rimesso. Si può imaginare in quali condizioni ritrovassi quell'infelice. Ma dove si riponeva la causa di alterazioni così vaste quali erano quelle, cui or ora descriveremo, e che vidi in quell'arto, che io tanto con fidai di migliorare col metodo curativo intrapreso venti giorni addietro? Di certo che la cagione principale risiedeva nella gravezza del processo infiammatorio: ma non lascierò di dire, che quella compressione usata per cura, e che continuata avrebbe forse recato l'utilità che io mi prometteva, tornò in causa di nuova irritazione, essendo stata così improvvisamente dismessa, e con probabilità agevolò il triste esito che ebbe la flogosi. Mentre io sperava con quel mezzo di scemare l'onda sanguigna e affrettarne il corso, provocare il riassorbimento dell'essudato, e sfasciare i globuli purulenti, produsse effetto contrario, stante l'ignoranza impaziente di coloro, che non vollero continuare la cura.

30 Aprile. Mattino. — Dimagramento considerevole; febbre con esacerbazioni vespertine; puls. 128; resp. 26; temp. 39 ½. L'esame delle orine, del pus, non l'avrei dimenticato, se non mi fossero mancati i mezzi; tale è la condizione de' luoghi! Catarro intestinale; l'alvo apriasi talvolta nel corso della notte involontariamente; subdelirio; sudori; vasta suppurazione nella gamba, che si tenea semi-flessa; articolazione femoro-tibiale tumefatta più di qualunque altra parte; leggiero rossore alla regione esterna del ginocchio; calore molto più esagerato in questo punto che altrove. Praticata la palpazione anche in un modo il più

Digitized by Google

riservato, si risvegliava vivissimo spasimo, di guisa che l'inferma impediva violentemente un ulteriore esame. Pareva intorno al ginocchio insorgesse una leggiera fluttuazione. Lungo il corpo della tibia esistevano quattro lesioni di continuo, circolari, della grandezza di poco meno di un centesimo, apertesi spontaneamente, che rassomigliavano ad ulceri sordide, aventi cioè un fondo di color lardaceo, costituito dal connettivo imbevuto, per così dire, di pus, e caduto in necrosi. Il calore cutaneo di queste parti era poco diverso dalle omonime. Premendo anche leggermente al disopra della tibia e nel polpaccio, esciva da tutte le aperture gran quantità di pus diffluente, di color bianco citrino, pressochè inodoro, a quando a quando commisto a fiocchi di pus cremoso. Introducendo per le varie aperture uno specillo, sentivansi a nudo le ossa. Tutte queste ulcerazioni erano in comunicazione fra di loro e con quella da me praticata, il quarto giorno di cura, al disotto del malleolo esterno. Anche nel malleolo tibiale esisteva altra lesione di continuo, eguale in tutto alle suddescritte e comunicante con esse. L'articolazione tibiotarsica era molto rigida, e dolorosissimi i movimenti; anche le articolazioni metatarso-falangee funzionavano con difficoltà e con molto dolore. Il dorso del piede era esso pure molto tumefatto, aveva la pelle arrossata e calda oltre l'ordinario, riusciva dolentissimo, e faceva sentire un'oscura fluttuazione.

Per tre successivi giorni ordinai il solfito di magnesia, allo scopo di combattere i fenomeni pioemici; praticai le iniezioni d'acqua d'orzo, quindi quelle d'acido fenico in dose di grammi 2 in 200 d'acqua, crescendone la quantità gradatamente; prescrissi un vitto nutriente.

1, 2, 3 Maggio. Mattino. — Puls. 120; resp. 23; temp. febbrile. La febbre si fece pressochè continua, ma la diarrea diminuì, e l'inferma provò un senso di miglioria. Aperto l'ascesso al dorso del piede, uscirono un 50 grammi di pus cremoso, d'odore putrido. Cute e tessuto cellulare gangrenato; fondo lardaceo. — L'ammalata ricusa prendere qualsiasi medicamento.

4 Maggio. Mattino. — Puls. 110; resp. 18; temp. febbrile. Oscura fluttuazione in vari punti del ginocchio, che nei giorni scorsi era sede del medesimo calore sentito in altre parti, che poi suppurarono.

6 Maggio. Mattino. — Puls. 112; resp. 18; temp. 38.° circa; notevolissimo dimagramento; poco appetito; fetente la piaga al dorso del piede, ove si apponevano di frequente filaccie bagnate in leggiera soluzione fenica. In seguito alle iniezioni d'acqua fenizzata, la secrezione purulenta diminuì palesemente dappertutto; l'odore divenne non affatto disaggradevole.

7 Maggio. Mattino. — Puls. 150; resp. 25; temp. 38.°; mancava certamente la relazione tra il polso e la termogenesi cutanea; frequente subdelirio; varii brividi nel corso della notte. Due dita trasverse al di sopra della rotula osservavasi un vasto tumore, che dava palesissima fluttuazione. Era indispensabile apporvi il drenaggio, ma la riluttanza dell'inferma a qualsiasi operazione mi pose forzatamente nella semplice condizione di osservatore.

10, 11 Maggio. Mattino. — Puls. 120; resp. 18; temp. 37.° ½. Le aperture lungo la gamba erano completamente deterse, e presentavano un aspetto roseo; nella notte copiosi sudori. Le orine in tutto il corso della malattia si fecero più o meno cariche e sedimentose nel crescer della febbre, e in sul mattino eran quasi sempre più chiare.

13, 14 Maggio. Sera. — Puls. 100; resp. 18; temp. 37 ½. Nel sacro e nei trocanteri esistevano piaghe di decubito.

26 Maggio. — Il vasto ascesso esistente alla faccia anteriore-inferiore della coscia si vuotò completamente; escirono più di 500 grammi di pus bianco giallastro, denso, a tratti sanioso, di odore fortemente putrido. — Nè i medicamenti interni, come sopra dicemmo, nè i soliti applicati esternamente, nè le leggiere compressioni al disopra delle raccolte purulenti, per impedire che la marcia soggiornasse nelle cavità già formate, furono potute prescrivere per l'indocilità della malata, e per il malvolere dei parenti, i quali annoiati della lunga malattia, vollero lasciare la misera in preda alle pure risorse della natura; forse tale risoluzione fu suggerita dalla miseria.

Visse ancora molto tempo, cioè fino al 4 Luglio, medicata ed assistita alla meglio dalla madre.

In succinto seppi ciò che avvenne in questo lasso di tempo. Dimagramento sempre crescente. L'appetito si mantenne fino agli estremi. Le defecazioni venivano varie volte al giorno, ed erano sempre prosciolte. Il dolore della gamba mitigato di molto, solo a tratti dolori lancinanti or qua or là lungo l'arto. La gamba malata si detumefece in guisa, che l'osso sembrava rivestita dalla sola pelle. Le marcie scolavano in poco quantità, e tornarono saniose e fetidissime. La piaga al dorso del piede guarita completamente.

Fu medicata costantemente con filaccie bagnate nell'acqua fenizzata.

L'arto sano si gonfiò per trassudamento sieroso. L'addome si fece un poco tumido.

Sei accessi convulsivi si succedettero nel corso di 39 giorni, come interviene non di rado in quelle condizioni d'irritabilità, in cui è posto l'organismo da profonde perdite, e da rapida oligoemia e dimagramento. Mi si disse, che nel maggior numero di essi integra rimase la coscienza, ricordandosi essa delle parole, che si pronunziavano ad alta voce nella sua camera. Di due accessi poi veruna circostanza rammentava, e parve che accadesse una completa abolizione della coscienza.

Digitized by Google

Nell'accesso le membra si scuotevano violentemente dagli arti inferiori in alto; gli occhi alternativamente si aprivano e si chiudevano; scialiva schiumosa scolava talvolta dalla bocca; interrogata, non dava segno di sentire. Durava esso ordinariamente due ore; non continuo, ma riprendeva a brevi intervalli. Terminato, rimaneva abbattuta estremamente, e le forze erano sì affievolite, che non potea proferire parola. Tale stato solea durare da 15 a 20 ore. Gli occhi in questo lasso di tempo addivenivano vitrei e soffusi di un leggiero strato di muco; la respirazione era placida a segno, da far muovere leggiermente il torace, è i parenti la credevano estinta. Trascorso più o meno il tempo indicato, le labbra eran di nuovo leggermente rosee, la faccia si rianimava, i nerissimi occhi riprendevano la loro viva e penetrante espressione, e la fame tornava come niente fosse stato. Questi accessi venivano forse promossi dall'azione riflettiva di quei nervi, che si trovavano in mezzo a tessuti così profondamente alterati, com' erano quelli della gamba.

Reperto necroscopico

(24 ore dalla morte.)

Rigidità cadaverica scomparsa, tranne ai muscoli del collo; dimagramento cospicuo, da raggiungere il vero stato di marasmo; cute di un color molto eguale a quello che suole osservarsi nella malattia d'Addison, eccettuato nella faccia e nelle mani, dove è bianco-pallida. Occhi semichiusi, cornea opaca; bocca semi-aperta; mucose pallidissime. Collo e torace normali. Ventre fortemente retratto in guisa da esser rialzata la parte inferiore della linea xifo-pubica dal promontorio del sacro, il quale è piegato un poco a sinistra; leggiere ecchimosi sulle grandi labbra. Piaghe di decubito nel sacro e nei trocanteri; quella del sacro è grande come un pugno di un adulto, di un color nerastro.

La gamba destra più corta dell'omonima di 7 centimetri, piegata all'indentro. L'articolazione femoro-tibiale ripiena di liquido di un colore cinereo, di odore putrido; tutte le parti molli di colore estremamente nero, lacerabilissime; le estremità articolari della tibia e fibula necrosate pronfondamente, e possonsi togliere senza impaccio delle schegge ossee di varia grandezza, la maggior parte grandi come una capocchia di uno spillo: le alterazioni or descritte raggiungono il terzo superiore della gamba; quasi tutta l'estremità articolare della tibia è separata per necrosi dal restante dell'osso. La necrosi è avanzata ancora nelle protuberanze articolari del femore; delle tracce di necrosi se ne trovano fino al disopra del terzo inferiore dell'osso stesso. I vasi venosi ed arteriosi maggiori non rotti; presentano delle tracce flogistiche, ma non profonde. Fatto un taglio lungo la direzione delle aperture descritte nella storia, si rinvenne in realtà che tutte comunicavano fra loro; in questa vasta cavità v'è alquanta marcia di color cinereo, fetidissima. Le parti molli costituenti la cavità, incominciando dal tessuto cellulare subcutaneo fino a quello che unisce gli altri tessuti alle ossa, tutto è ridotto in gangrena; ove questa non giunge, vale a dire alla profondità di tre o cinque centmetri, i muscoli (molto pallidi) hanno l'aspetto realmente dei tessuti degenerati in adipe. Quattro centimetri all'interno della spina della tibia i tegumenti sono molto aderenti all'osso, il quale presenta una linea necrosata più o meno ad esso perpendicolare, e che tiene la direzione stessa delle aperture suddescritte. Il corpo della fibula normale, le sue estremità articolari profondamente necrosate. Nell'articolazione tibio-tarsica le stesse profonde alterazioni descritte nella femoro-tibiale; parti molli ed ossa gangrenate, necrosate. Il cuboide, il primo, secondo e terzo cuneiforme, nonchè i metatarsi e le falangi normali, se si eccettuino forti aderenze per briglie tenaci tra le parti molli dorsali e le ossa del tarso.

Versamento sieroso nella gamba non malata; leggiero versamento del pari nel peritoneo. Niente d'abnorme nei visceri contenuti nelle grandi cavità. Gli apparecchi valvulari cardiaci normali.

Considerazioni.

Le ragioni, che mi spinsero a pubblicare questo fatto, furono specialmente due: la causa producente la malattia, e le vaste e profonde alterazioni riscontrate nell'arto, non consonanti con la causa; e quantunque non sia, da questo secondo lato, fatto nuovo nella letteratura medica, non cessa perciò d'esser caso bastantemente interessante, se si consideri la poca frequenza dei flemmoni gangrenosi prodotti da una causa, che credesi quasi costantemente benigna.

Il tessuto cellulare in seguito a flemmone diffuso subisce necessariamente una distruzione completa; le masse muscolari, venendo interessate, se non presentano un aspetto giallastro per metamorfisi adiposa, sono in uno stato irreconoscibile, non solo macroscopicamente ma anche talvolta microscopicamente, per la distruzione di singoli fascetti d'origine e fibrille, che trovandosi in disfacimento presentano in complesso l'aspetto proprio de'tessuti disorganizzati. Le aponevrosi ed i tendini possono essere distrutti od anche rimanere isolati ed integri; ordinariamente i tendini però si accorciano, in ispecialità per le profonde alterazioni avvenute ne'muscoli, rimanendo la parte lesa priva della sua funzionalità perfetta. I vasi sogliono spesso presentare tracce flogistiche, e qualche volta le loro guaine trovansi distrutte.

Digitized by Google

Digitized by Google

C. Lombroso - Sulla pellagra. Tav. II.

Fig. 1.

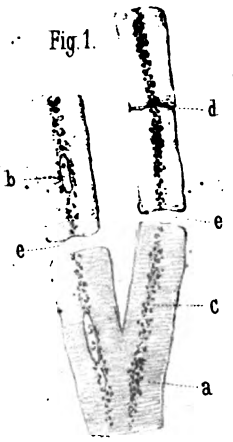


Fig. 2.

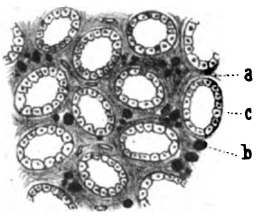


Fig. 3.

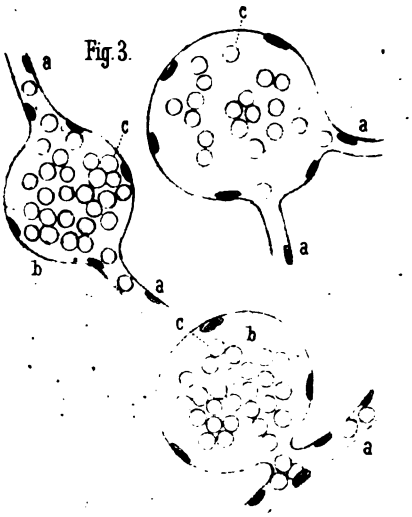


Fig. 4.

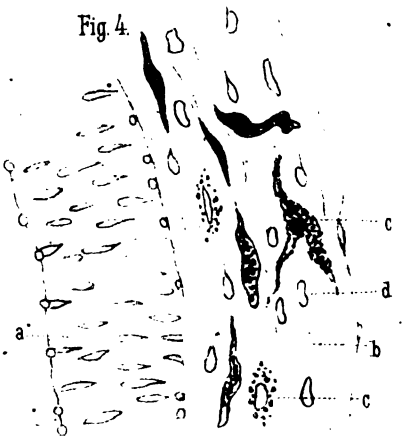


Fig. 5.

Fig. 6.

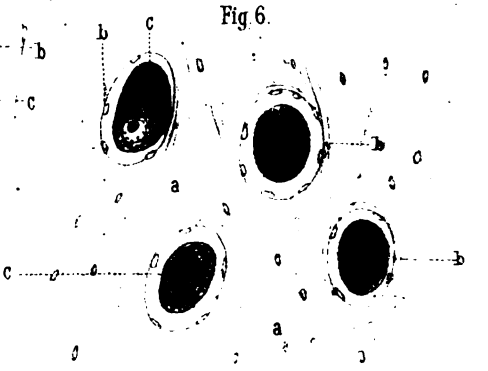


Fig. 7.

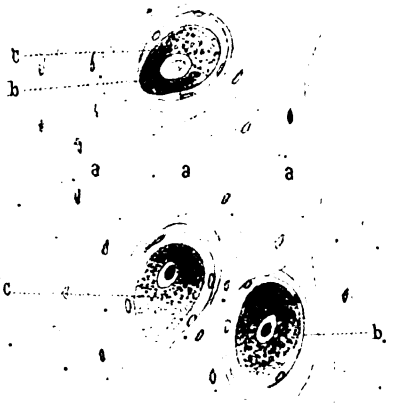
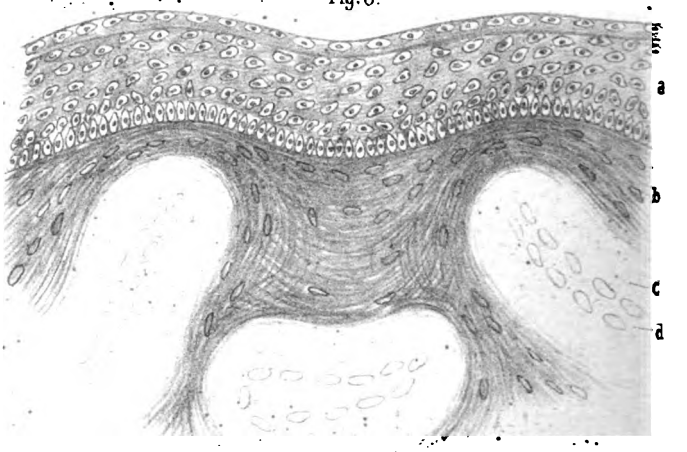


Fig. 8.



O. Nannini dis.

Lit. F.lli Casanova

Digitized by Google

La trombosi non è difficile a riscontrarsi. Le ossa, però, quantunque possansi denudare, pure non accade così frequentèmente che ne rimanga distrutto il periostio, e sieno esposte ad una necrosi inevitabile. Non osservasi tanto frequentemente che le ossa rimangano sì profondamente alterate nella loro compage, da produrre disgregazione completa sì della sostanza compatta che midollare, rimanendo per residuo una miriade di punti ossei rammolliti (e quindi probabilmente le cellule ossee degenerate in adipe), disgiunti gli uni dagli altri, e per un'estensione da comprendere le ossa di quasi un intero arto. Con sì profonde e vaste alterazioni non si sa tanto agevolmente comprendere, come abbia perdurato la vita sì lungamente in un costituto gracile.

Potrebbe nascere però il sospetto, che il flemmone in discorso avesse avuto origine da tutt'altra causa che dalla puramente reumatica, ma l'accurato esame anamnestico fe' escludere qualunque grande causa traumatica; fece escludere la presenza di un liquido irritante infiltato, e la sede stessa si opponeva a tale congettura; un'esostosi, una carie, una necrosi, un aneurisma non poteano essere stati causa dell'infiammazione, perchè mancavano i loro dati anamnestici; una piccola ferita od una escoriazione leggerissima, od un' urto anche inavvertito non avean preceduto affatto, e se mai non avrebbero potuto produrre guasti sì enormi, se si consideri agli effetti che in generale vanno di pari passo colle cause: e poi questa causa inavvertita sta nella mente e non nel fatto. La metafisica al naturalista non giova, e non gioverà giammai.

(Umbria) Sigillo, 10 Ottobre 1869.

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

Memoria premiata con premio d'incoraggiamento al concorso Cagnola dal R. Istituto Lombardo

(Continuazione, vedi il N. 8).

PARTE QUINTA

ANATOMIA PATOLOGICA DELLA PELLAGRA

Se finora l'anatomia patologica della pellagra non progredì al pari di quella del cancro, del cretinesimo ecc. ecc. non è per mancanza di copia o diligenza negli osservatori.

Le necroscopie che si leggono nello Strambio, nel Chiarugi, nel Labus, nel Verga, nel Morelli, nel Rizzi, nel Nardi, sono modello di esattezza e di acume anatomico, ma sventuratamente ad alcuni mancava il tempo, ad altri i mezzi perfezionati d'osservazione, il microscopio soprattutto; altri, finalmente, come il Labus, il Liberali, partendo da un'idea preconcetta, si limitarono all'osservazione di un dato gruppo di sintomi, dimenticandosi degli altri, il che riuscì loro fonte non lieve di errori per la ricerca della natura patologica della pellagra.

Ma per procedere con quella severità, che un argomento così controverso richiede, io non solo esporrò nei seguenti quadri il riassunto delle sezioni eseguite e del peso dei visceri dei pellagrosi, ma aggiungerò le storie e le necroscopie dettagliate dei casi più interessanti, ed in alcuni anche il disegno del reperto micrografico.

(Vedi i quadri necroscopici della pellagra N. 1, 2, 3, 4, 5 e 6, che trovansi nelle pagine seguenti).

Digitized by Google

Nome del Pellagroso	Sesso	Età	Meningi	Cervello	Cuore	Polmoni	Fegato
Bernassani	M.	22	Ispessimento della pia meninge, essudato fibrinoso sulla sua superficie		Poco voluminoso. Siero nel pericardio	Edema	Adiposi
Mussini	F.	40	Coaguli fibrinosi nei seni	Cervelletto molle; corpo striato sinistro più congesto	Flaccido, giallo; arrossamento dell'aorta	Edema del destro	Noce mosca
Milesi	M.	40	Legger ispessimento della pia meninge	Edema, rammollimento della volta a 3 pilastri	Voluminoso, giallicio; aorta arrossata	Pleurite destra e cangrena polmonare	Abbondante infiltrazione adipo
Bardoneschi	M.	50		Molle, edematoso	Voluminoso	Edema e pleurite	Giallastro, adipo
Gorani	M.	50			Piccolo, flaccido	Idrotorace, cangrena ed edema al destro, edema al sinistro	Giallastro, d colo volu
Orlandi	F.	70	Ispessimento della dura madre		Voluminoso e facilmente lacerabile	Pneumonite; tubercolo cretificato	Degenerazione diposa
Coronelli	M.	42	Ispessimento ed opacamento		Voluminoso, infiltrazione di adipe, flaccido	Pleurite; edema; pneumonite lobulare	Abbondante infiltrazione adipo
Guardamagna	F.	43	Opacamento ed edema		Flaccido. Ispessimento dell' endocardio	Pleurite antica	Voluminoso. Infiltrazione adipo sa abbondan
Moglia	F.	30	Iperemia delle meningi		Piccolo; miocardio flaccido, lacerabile, giallo-bruno.	Pleurite; cangrena polmonare con enfisema	
Chiodi	M.	40	Opacamento	Ecchimosi sotto-aracnoidee	Voluminosissimo, giallo-bruno	Edema, epatizzazione e pleurite antica	Voluminoso, a poso; peso 1
Colagnola di Verona	F.	23	Legger ispessimento	Un po' più duro ai corpi striati; cervelletto molle	Miocardio flacc., lacerabile, giallastro. Endocardio arrossato	Edema	Piccolo, adipo
M. B. di Chignolo	F.	23	Opacamento e ispessimento della pia meninge	Edema ed anemia	Flaccido, adiposo	Edema e traccie di antica pleurite	Degenerazione diposa

Digitized by Google

Milza	Tubo intestinale	Reni	Utero	Ossa e muscoli	Osservazioni microscopiche
rtrofica	Iperem. dello stom. e del colon; assott. della t. musc. del tenue. Ulceraz. nel colon e retto. Gland. mesent. ingros.	Piccoli		Muscoli atrof. Cranio sottile	Atrofia bruna del cuore. Deposizione di cellule adipose e granuli di pimento entro i linfatici perivascolari del cervello. Adiposi delle cellule epatiche
cola	Catarro acuto dello stomaco	Degenerazione adiposa	Allungamento del muso di tinca	Musc. normali. Callotta compatta	Atrofia bruna del cuore. Deposizione di cellule adipose entro i linfatici perivascolari dei corpi striati ed emisferi del cervello. Degenerazione calcare della tonaca muscolare dei vasi dei corpi striati
rtrofica, color feccia di vino	Ulcerazioni al retto			Muscoli atrofici	Degenerazione calcare della tonaca muscolare dei vasi dei corpi striati. Copiosa deposizione di cellule adipose granulari nell'avventizia linfatica dei vasi cerebrali. Atrofia bruna del cuore ed escellulazione
lle, piccola	Ulcerazioni al colon discendente e retto			Deg. adip. dei musc. crur.; atrofia dei brachiali	Atrofia bruna del cuore
luminosa	Ulcerazione al retto			Muscoli atrofici	Atrofia incipiente bruna del cuore
iccola; capsula spessa ed aderente	Atrofia delle tonache musc. dell' intestino; iperemia del crasso e tenue	Nefrite interstiziale. Degenerazione adiposa	Voluminoso, ripieno di muco sanguigno	Coste fragili; call. compatta e dura; musc. nor.	Incipiente atrofia bruna del cuore; adiposi della tonaca dei vasi cerebrali. Ipertrofia del connett. dei reni, e degen. adip. degli epitelii. Molti globuli rossi e nucleati nel midollo delle coste, poche cellule globulifere; nessuna nella milza
pertrofica		Nefrite interstiziale. Leggera degenerazione adiposa		Callotta sot.; coste frag. Incipiente deg. adip. del musc. gran pettorale; gli altri mus. norm.	Pigmentaz. e degeneraz. adip. delle cell. dei gangli simpat. e spinali. Adip. e pigmentosi dei linfatici perivascolari del cervell. Dilatazione aneurismatica di alcuni grossi capill. cerebr. e deg. calcarea di altri. Iperplasia del connett. renale e adip. degli epitelii de'canalicoli ren. Atr. br. del cuore
pertrofica, molle		Degenerazione adiposa		Coste fragili	Adiposi dei linfatici cerebrali, sparsi qua e là di largbe strie di pigmento. Pigmentazione delle cellule dei gangli spinali e del simpatico. Atrofia bruna del cuore. Adiposi degli epiteli renali
pertrofica, molle	Chiazze iperem. alla curvatura dello stomaco Assott. della t. musc. del tenue con ulceraz. verso il retto; mucosa dello st. ispessita	Adiposi		Ossa del cranio compatte; musc. atrofici	Infiltrazione adiposa incipiente delle cellule muscolari del cuore. Granuli d'ematosina ed adipe nei linfatici dei corpi striati. Degenerazione adiposa delle cellule epatiche e canalicoli renali
Atrofica, 143 gr.	Ulcerazioni rotonde lungo il colon, cieco e retto	Adiposi		Ossa del cr. compatte; musc. nor.	Degenerazione bruna del cuore avanzatissima. Cellule epatiche cariche di pigmento
Atrofica, spappolabile	Assottigliamento della t. muscolare dello stomaco; iperemia dell'intestino	Adiposi	Iperemico	Coste friabili; radio alquanto friabile	Leggera degenerazione bruna del cuore. Adiposi delle cellule epatiche
Ipertrofica, molle	Iperemia del cieco. Ulceri al colon e retto	Degenerazione adiposa		Muscoli atrofici	Degenerazione adiposa della guaina linfatica e tonaca muscolare dei vasi cerebrali. Degenerazione adiposa delle fibre muscolari cardiache, delle cellule epatiche e dell'epitelio renale

Digitized by Google

Nome del Pellagroso	Sesso	Età	Meningi	Cervello	Cuore	Polmoni	Fegato
R. G. di Verona	F.	25		Anemico, idrope dei ventricoli	Siero al pericardio; miocardite	Un tubercolo cretificato; siero nelle pleure	Colore noce m ta, 1660
M. L. di Verona	M.	40		Cervelletto molle	Miocardio flaccido, facilmente lacerabile, giallastro	Pneumonite caseosa	Adiposi
Baccalini Pavese	M.	56		Rammollimento ai corpi striati	Voluminoso, giallo, ipertrofico; ateroma dell'aorta	Edema, enfisema, congestione del sinistro, sclerosi del destro	Atrofia e deg razione bru peso 1000
Capettini di Pavia	M.	64		Congestione venosa	Ipertrofia del cuore sinistro, atrofia del destro	Enfisema polmonare sinistro, edema del destro	
Clerici	M.	40		Siero ne'ventricoli	Voluminoso, gialliccio; ateroma dell'aorta.	Pleurite ed edema	•
Cori F. di Pavia	F.	43			Miocardio giallo. Degenerazione adiposa	Antica pleurite. Edema, enfisema	Infiltrazione posa abbon te
Zanaletti di Pavia	F.	61			Voluminoso	Enfisema	Colore noce scata
Negri di Pavia	F.	40	Ispessimento della pia meninge		Miocardio giallo-bruno	Enfisema	Cirrosi
Bozelli di Pavia	F.	40				Enfisema	Abbondante trazione adip
Ballerini di Pavia	F.	67			Voluminoso con ateroma		Atrofia
Granata di Pavia	F.	70		Atrofico	Miocardio giallo, flaccido	Edema	Colore noce scata
Granata di Pavia	M.	69		Atrofico. Circonvoluzioni appianate e dure	Flaccido, lacerabile	Edema ed enfisema	Degenerazione diposa
Ferretti Pavese	M.	39	Leggiero ispessimento della dura e pia meninge	Ventricoli laterali dilatati e pieni di siero	Miocardio volum. compatto di color bruno	Polmonite caseosa	Infiltrazione posa general
Migliavacca di Pavia	M.	36	Siero sotto-aracnoideo	Siero nei ventricoli dilatati, che han pareti rammollite	Miocardio di color giallo-bruno; ateroma dell'aorta e valvole	Pleurite deformante; iperemia polmonale	Atrofia brun
Locatelli di Pavia	M.	51	Congestione venosa della pia meninge, ispessimento della dura madre	Iperemia della sostanza corticale. Ventricoli pieni di siero. Corpi striati rammolliti	Miocardio flaccido, bruno. Ateroma dell' aorta.	Pneumonite caseosa. Essudato pleurico	Atrofia brun
Magnini di Pavia	F.	60	Dura madre inspessita, macchiata di chiazze rosse	Volta a tre pilastri molle. Edema della corticale. Iperemia del corpo striato destro	Idropericardio. Ipertrofia di cuore. Miocardio adiposo. Dilataz. imbutiforme dell' aorta	Enfisema	Voluminoso

Digitized by Google

Milza	Tubo intestinale	Reni	Utero	Ossa e muscoli	Osservazioni microscopiche
Peso 245	Iperemia dello stomaco			Ossa del cranio sottili	Non si fecero
Atrofica	Iperemia del tenue			Friabili le coste. Muscoli atrof.	Id.
Voluminosa	Ulcerazione della mucosa del retto			Muscoli normali	Id.
Atrofica	Ulcerazione del colon			Id.	Id.
Atrofica	Ulcerazione del colon			Id.	Id.
Ispessimento della capsula		Degenerazione adiposa	Granulazioni alla bocca	Muscoli atrofici	Id.
Piccola		Degenerazione adiposa		Id.	Id.
				Coste fragili	Al microscopio si nota degenerazione adiposa e atrofia bruna della cellule muscolari del cuore
Voluminosa, con capsula inspessita				Muscoli normali	Non si fecero
Piccola		Nefrite interstiziale e atrofia	Polipi dell'utero	Muscoli atrofici	Id.
Piccola, spappolabile		Adiposi	Cisti voluminosa dell'ovaia. Polipi dell'utero	Id.	Id.
Piccola, molle	Ulceri al colon			Coste fragili. Mus. atrofici	Id.
Peso grammi 235.	Ulceri al colon discendente	Leggiera nefrite interstiziale		Muscol. robusta. Callotta compatta	Pigmentazione delle cellule nervose del ganglio similunare; normali quelle del simpatico cervicale
Antica perisplenite. Focolai embolici	Ulceri difteriche nel colon. Polipi mucosi nel retto	Nefrite interstiziale		Muscol. robusta	Atrofia bruna del cuore. Iperplaplasia del connettivo interstiziale del rene
Voluminosa	Stomaco verticale; colon trasverso spinto contro il pube. Stenosi parziali del colon	Atrofia della sostanza corticale, con cisti e nodi embolici		Ossa del cranio con scarsa diploe. Coste fragili. Muscolatura assottigliata	Atrofia del cuore e del connettivo interstiziale dei reni e legger degenerazione adiposa degli epiteli dei canalicoli. Cellule epatiche prive di adipe ed abbondanti di pigmento. Cellule nervose del gran simpatico cervicale e del plesso solare ricchissime di pigmento. Molte cellule globulifere nel midollo delle coste
Piccola		Atrofia della sostanza corticale		Ossa del cranio ricche di diploe. Muscoli robusti	

Digitized by Google

Nome del Pellagroso	Sesso	Età	Meningi	Cervello	Cuore	Polmoni	Fegato
Cavallini di Verona	M.	35	Opacamento della pia madre	Iperemia. Emorragia capillare della sost. bianca. Rammollimento del cervelletto e midollo allungato	Voluminoso. Ipertrofia del ventricolo sinistro	Edema	Infiltrazione adiposa. Voluminoso
C. di Verona	F.	40		Rammollimento della volta a 3 pilastri	Piccolo, flaccido. Lume dell'aorta ristretto		Piccolo, duro
Gabetti di Pavia	F.	66		Cervelletto molle e siero tra le meningi	Voluminoso. Miocardio color cioccolatte, flaccido	Iperemia ed enfisema dell'apice	Abbondante infiltrazione adiposa
Malinverni di Pavia	M.	40	Opacamento dell'aracnoide	Cervelletto molle	Voluminoso. Miocardio lacerato	Leggero edema	Voluminoso
Spelta di Verona	M.	60			D'aspetto leggermente adiposo, voluminoso	Polmone destro enfisematoso; pleurite purulenta alla base; aderenza al diafragma	Mal conformato, più ingrossato alla metà superiore, d'aspetto giallastro
Orsini di Verona	F.	60	Aderenza della dura madre alla parte mediana del frontale; ivi si osserva un psammoma peduncolato, del volume di una noce, che s'infossa nelle circonvoluzioni	Sostanza cerebrale atrofica, siero nei ventricoli, cisti nella tela coroidea	Piccolissimo. Miocardio lacerabile, color cioccolatte. Ventricolo destro assotigliato. Arterie coronarie sviluppate assai	Polmone sinistro enfisematoso ed atrofico	Piccolo
Spigo di Verona	F.	50			Voluminoso. Miocardio giallastro	Parenchima del destro atrofico, sinistro aderente al diafragma	Adiposo, voluminoso
Colombo di Milano (Sez. del Verga)	F.	28	Aderenza della dura madre al cranio. Ecchimosi sub-aracnoidea. Meningi fra loro aderenti	Rammollimento della volta a tre pilastri		Pleurite	
Borneri (Sez. Verga)	M.	55	Opacamento dell' aracnoide ed essudato sulla dura e pia madre	Ventricoli laterali pieni di siero e dilatazione	Ipertrofia, dilatazione ed ateroma dell'aorta	Enfisema	Iperemico
Fattor (Sez. Verga)	F.	25	Parziale ispessimento dell'aracnoide	Edema del cervello e cervelletto	Piccolo	Enfisema. Pleurite. Polmonite gangrenosa	Piccolo

Digitized by Google

Milza	Tubo intestinale	Reni	Utero	Ossa e muscoli	Osservazioni microscopiche
Atrofica		Adiposi avanzata		Muscolatura atletica	Legger atrofia bruna del cuore con escellulazione. Adiposi avanzata dei reni
Piccola, molle	Iniezione arboriforme della mucosa dello stomaco e tenue; assottigliamento della tonaca muscolare	Atrofia. Adiposi degli epiteli	Voluminoso, congesto	Coste fragili. Call. sottile. Radio resist. Muscoli atrofici	Atrofia bruna del cuore. Degenerazione adiposa dell'epitelio renale. Deposito di pigmento in forma di grossi granuli irregolari nel connettivo interstiziale del fegato, rene e cuore
Piccola, molle	Tonaca muscolare assottigliata	Sinistro adiposo, ripieno di cisti	Atrofico	Callotta compatta; coste fragili. Musc. atrofici	Atrofia bruna del fegato e del cuore. Degenerazione adiposa dell' avventizia linfatica e tonaca muscolare delle arterie cerebrali. Lieve degenerazione adiposa delle cellule epiteliari dei reni e cellule epatiche
Piccola		Sinistro adiposo; capsula aderente		Coste fragiliss Call. sott. Musc. robusta	Incipiente degenerazione bruna del cuore. Leggera degenerazione adiposa del rene e dei vasi capillari del cervello
Voluminosa				Coste fragilissime. Cranio compatto. Muscoli normali	Adiposi del cuore, atrofia bruna con escellulazione. Fegato adiposo.
Piccolissima, lacerabile	Tonaca muscolare assottigliata	Sostanza corticale atrofica; piccoli		Coste fragilissime. Diploe scomparsa; nella parte mediana del frontale avvallam. con in mezzo una rilevatezza ossea. Musc. atr.	Incipiente atrofia bruna del cuore
Voluminosa; arteria splenica ateromatosa		Adiposi		Coste fragilissime. Musc. atrofica	Non furon fatte
	Iperemia della mucosa del colon. Ventricolo verticale		Utero ed ovaie ingrossate		
	Iperemia della mucosa del colon e atrofia della tonaca muscolare	Atrofici		Ossa craniche sottili	Iperplasia del connettivo interstiziale dei reni; degenerazione adiposa dell'epitelio dei canalicoli
Leggermente ipertrofica	Pancreas di colore bruno e lacerabilissimo. Assottigliate le tonache intestinali	Piramidi dei reni indurite da concrezioni		Ossa craniche sottili. Muscoli atrofici	Concrezioni di acido urico nei canalicoli renali

Digitized by Google

Nome del Pellagroso	Sesso	Età	Meningi	Cervello	Cuore	Polmoni	Fegato
Deambrosi	M.	67	Pia madre opacata, piena di pus; dura madre aderente alla volta cranica	Pallido; la corticale assottigliata	Miocardio rosso-bruno; endocardio opacato; ipertrofico il ventricolo sinistro; ateroma dell'aorta	A sinistra pio-torace. Il destro aderente all'apice, enfisematoso ai bordi	Molto voluminoso, compatto, iperemico
Longhi Malinverni	F.	40	Dura madre inspessita, aderente alla parte mediana degli emisferi; pia madre iperemica	Circonvoluzioni appianate; la corticale assottigliata e pallida; siero nei ventricoli; midollo rammollito	Molto dilatato, coperto d'adipe; miocardio flaccido; ventricolo sinistro ipertrofico	Il destro aderente al costato, enfisematoso, edematoso; sinistro aderente; lobo inf. sclerosato	Voluminoso, giallastro, iperemico
Chiesa	F.	41	Dura madre aderente, inspessita	Circonvoluzioni assottigliate; la sostanza del cervelletto edematosa	Miocardio rosso-grigio; valvole ispessite	Il destro sclerosato, in alcuni punti non galleggia; nei bronchi muco spumoso	Atrofico il lobo sinistro; degenerazione adiposa dell'acino
Mantovani	M.	45	Pia madre inspessita, opacata, aderente; siero sotto-aracnoideo	Circonvoluzioni mediane voluminose, le post. impicciolite; sostanza midollare iperemica, corticale atrofica; siero nei ventricoli; midollo spinale rammollito	Superficie anteriore del cuore con placca da pericardite; siero nel pericardio; miocardio bruno-scuro, lacerabile; ateroma dell'aorta	Siero nella pleura sinistra. Nel destro aderenze pleuriche	Compatto, di colore bruno
Camerini	F.	63		Siero nei ventricoli e cisti nelle meningi; sost. cerebrale rammollita	Piccolo, lacerabile	Sclerosi ed atrofia del polmone destro	Color giallo; atrofico
Anselmi	F.	37	Leggermente opacate	Atrofia; siero nei ventricoli; rammollimento della volta a 3 pilastri	Concrezioni nelle valvole semilunari; siero nel pericardio; arrossamento della tonaca interna dell'aorta	Tubercolosi avanzata con caverne	Voluminoso, di color giallo verdognolo
Rovescala	M.	62	Dura madre ispessita	Atrofia della corticale	Cuore flaccido; miocardio assottigliato	Pleurite deformante	Atrofico e scuro
Fasani	M.	40	Stravaso sanguigno sotto-aracnoideo alla base. Dura madre ispessita		Idropericardio; ateroma aortico		
Croci	M.	16	Aracnoide opacata. Stravaso sanguigno sotto alla dura madre	Rammollimento ed atrofia del cervello (pes. 1090)	Idropericardio	Pneumonite caseosa	Infiltrazione adiposa

Digitized by Google

Milza	Tubo intestinale	Reni	Utero	Ossa e muscoli	Osservazioni microscopiche
Piccolissima	Sulla gran curvatura dello stomaco un polipo	Piccoli; capsula aderente; sost. corticale torbida; midollare anemica; il sinistro più voluminoso		Callotta compatta. Coste fragili. Musc. norm.	Atrofia bruna del cuore, del fegato; incipiente adiposi della corticale dei reni; atrofia della milza
Color feccia di vino, lacerabile	Iperemia del colon, edema del cieco; ristretto l'orificio ileocecale per briglie cicatriziali	Piccoli; il destro leggermente lobulato; la corticale poco distinta; il sinistro con capsula aderente		Osteoporosi lungo la sutura sagittale; infossamento delle ossa per granulazioni del Pacchioni. Cos. dure. Mus. nor.	Adiposi del cuore e del rene. Infiltrazione adiposa della periferia dell'acino epatico, e congestione del centro. Pigmentazione del gran simpatico
Capsula inspessita	Leggermente ingrossati i follicoli solitarii dell'ileo e cieco; colon discendente edematoso	Capsula del destro inspessita, aderente; sostanza corticate atrofica, congesta la midollare	Inspessita l'albuginea dell'ovaia; arrossata la mucosa del muso di tinca. Ispessito il peritoneo uterino	Callotta compatta Coste dure. Mus. nor.	Avanzata degenerazione adiposa e atrofia bruna del cuore con escellulazione; degenerazione adiposa avanzata dei reni; infiltrazione adiposa degli acini del fegato. Midollo delle ossa ricco di globuli bianchi, scarse le cellule ematogene
Capsula inspessita, sparsa di nodi bianchi; parenchima compatto, duro	Siero nel cavo peritoneale; ghiandole mesenteriche piccole; nel cieco chiazze ulcerose; nel colon placche difteriche	Capsula inspessita; sostanza corticale pallida, sottile; midollare intorbidata; iniezione venosa		Ossificati gli attacchi cartilaginei delle coste, che sono fragilissime. Cranio compatto. Mus. robus.	Atrofia bruna del fegato e del cuore
Ipertrofica	Tonaca muscolare assottigliata	Rene sinistro atrofico, rene destro adiposo	Ipertrofico; cisti dell'ovaia	Coste fragili. Cranio normale. Mus. atrofica	Adiposi del fegato. Atrofia bruna del cuore con escellulazione. Sclerosi del rene. Pigmentazione notevole dei gangli del simpatico
Atrofica	Tubercolosi delle ghiandole mesenteriche e del peritoneo	Adiposi		Coste fragilissime, Callotta di enorme spessore, massimo 26 mill. Musc. assottig.	Adiposi avanzata dell'epitelio renale; atrofia del parenchima; infiltrazione adiposa degli acini epatici; atrofia bruna del cuore; pigmentazione notevole dei gangli simpatici; adiposi dei vasi cerebrali
Atrofica	Assottigliamento della mucosa del colon; polipo al duodeno	Adiposi		Callotta pesante	Pigmentazione del connettivo renale; adiposi dei canalicoli renali; atrofia bruna del fegato e del cuore
	Follicoli solitari ingrossati	Iperemia renale			Atrofia bruna del cuore
Atrofica	Ulceri della mucosa del colon			Callotta pesante	Atrofia bruna del cuore e deposito di adipe nelle cellule linfatiche

Digitized by Google

Nome del Pellagroso	Sesso	Età	Meningi	Cervello	Cuore	Polmoni	Fegato
Frenza M.	M.	79	Opacamento della pia madre, siero	Edema	Piccolo, giallo	Caverna da tubercolosi a sinistra all' apice. Edema	Atrofico, giallo
Sturassi A.	M.	65		Edema	Voluminoso; miocardio giallo bruno	Edema. Caverna per tubercolosi	Voluminoso, giliccio
Matarel	M.	40			Piccolo; robusto miocardio	Caverna da tubercolosi	Adiposo
Tenuti	M.	36		Sost. cerebrale assottigliata. Circonvoluz. poco sviluppate	Floscio; miocardio grigiastro; idropericardio	Tubercoli grigi nei 2 polmoni; pleurite nel sinistro	Voluminoso e adiposo
Schelfi	F.	51		Atrofia	Piccolo; miocardio resistente	Atrofia	Atrofia bruna
Stenico	M.	64			Miocardio flaccido, giallastro, lacerabile	Tubercolosi polmonare	Atrofia bruna
Broilo	M.	44			Piccolo, robusto	Caverna polmonare; tubercoli grigi	Voluminoso e adiposo
Bonaletti	M.	69		Anemia e atrofia	Miocardio giallo bruno, lacerabile. Ateroma.	Atrofia; tubercoli obsoleti	Atrofia bruna
Bettini	M.	34	Essudato sotto aracnoideo, che s' interna ne' solchi, nel chiasma ottico e midollo allungato	Duro; anemia	Piccolo, robusto	Atrofia	
Unterjener	F.	27	Edema delle meningi	Edema ed atrofia	Atrofia, adiposi	Atrofia	Adiposo
Fadanelli	M.	54		Edema, anemia	Rammollito, giallo bruno; endocardio arrossato	Atrofia	Atrofia bruna
Rosi A.	F.	38			Piccolo	Tubercoli grigi	Adiposo
Portal	M.	46	Ispessimento della dura madre	Anemia ed edema	Floscio, scolorato; arrossamento dell' endocardio	Tubercolosi	Atrofia bruna
Sorandi	F.	45	Iperemia dell' aracnoide, siero sotto-aracnoideo	Atrofia. Corticale assotigliata, midollare biancorossa; cervelletto bianco	Idropericardio. Miocardio floscio. Endocardio arrossato. Ateroma aortico	Atrofia	Atrofia bruna antica; periepatite
Martinetti	M.	64			Miocardio giallastro; ateroma aortico	Pleurite. Edema	Noce moscata

Digitized by Google

Milza	Tubo intestinale	Reni	Utero	Ossa	Osservazioni
Atrofica	Ipertrofia della mucosa dello stomaco. Atrofia della tonaca muscolare dell' intestino. Ulcerazione al retto	Adiposi, atrofia e cisti		Ossa del cranio sottili	Albumina nell'orina
Atrofica	Assottigliamento delle tonache intestinali	Atrofia, cirrosi			
Atrofica	Assottigliam. delle pareti intestinali, iperemia alla mucosa del cieco, ulcerazione al retto, ove si nota odore ammoniacale	Atrofia, cirrosi			
Atrofica	Iperemia del tenue, mucosa facilmente lacerabile	Atrofia			
Atrofica	Iperemia, mucosa del retto rossa, ulcerata; odore ammoniacale	Atrofia, adiposi, cisti			Orina albuminosa
	Iperemia della mucosa del retto, catarro del ventricolo.	Atrofia			
Atrofica	Anemia del tenue				
Atrofica	Iperemia del retto	Leggera atrofia		Ossa del cranio pesanti	Molta albumina nell'orina
	Iperemia dell'ileo; ulcerazione della mucosa del retto	Atrofia			Molta albumina nell'orina
Atrofica	Ulcerazione dei follicoli del colon; iperemia di tutto l'intestino	Atrofia, adiposi			Albumina nell'orina
Atrofica	Iperemia del tenue e retto; retto coperto di ulceri a fondo grigio. Tonache intestinali ipertrofizzate ed imbibite	Atrofia; aderenza delle capsule; cisti			Odore ammoniacale in vita del respiro e sudore
Atrofica	Ecchimosi del crasso; iperemia del tenue; ulcerazione del retto	Sinistro atrofico, aderente alle capsule	Tumore fibroide dell'utero		
Atrofica	Iperemia del retto	Capsule aderenti		Ossa craniche sottili, senza diploe	
Atrofica	Assottigliamento della tonaca muscolare intestinale. Ecchimosi nello stomaco. Iperemia al retto	Atrofia. Capsule aderenti	Ipertrofia. Ovario atrofico	Ossa del cranio sottili, senza diploe	Albumina nell'orine. Stravaso scorbutico nell'omero
Atrofica ed adiposa	Assottigliam. della tonaca intestinale; iperemia del retto				Traccie d'albumina nelle orine

Digitized by Google

TAV. VI.

Peso dei visceri di 32 pellagrosi.

Nome dei Pellagrosi	Età	Sesso	Peso del corpo	Peso del cranio	Cervello	Fegato	Cuore	Polmoni Destro	Polmoni Sinistro	Rene Destro	Rene Sinistro	Milza	Utero
Nel sano secondo Dieberg	**30**	**M. F.**	**58,000**	**—**	**1330**	**1692**	**361**	**648**	**562**	**161**	**162**	**298**	**—**
Gabetta	66	Donna	36,700	—	1005	1150	200	—	—	110	92	255	—
Cori	43	»	59,000	—	—	1090	—	—	—	120	—	140	110
Zanaletti	61	»	36,800	—	1225	1108	295	700	820	122	120	150	70
Mussini	40	»	48,500	575	1290	1375	262	470	465	170	130	375	130
Moglia	30	»	37,500	970	1050	1039	170	950	600	140	130	275	80
Orlandi	70	»	44,000	—	955	1215	255	—	—	113	102	160	—
Ballerini	67	»	37,100	505	1050	750	220	—	—	70	74	100	—
Bozelli	47	»	49,500	570	1050	750	220	—	—	170	120	100	—
Granata	70	»	37,500	350	1605	930	310	—	—	230	119	165	—
R. G.	35	»	45,000	443	—	1660	—	—	—	—	—	245	—
Bernassani	12	Uomo	39,700	—	1240	1145	190	535	480	87	96	182	—
Milesi	51	»	—	—	1305	1205	268	—	848	135	165	510	—
Bardoneschi	55	»	53,000	—	1260	920	305	1340	1150	145	140	240	—
Gorani	50	»	47,000	—	1450	1100	290	675	720	—	—	380	—
Chiodi	44	»	49.700	—	1250	1290	210	500	550	130	135	145	—
Coronelli	42	»	48.500	—	—	940	250	—	—	80	85	530	—
Granata	69	»	28,000	—	1075	1210	—	190	160	—	—	180	—
Baccalini	56	»	54,000	605	1590	1000	270	—	—	160	145	230	—
Capettini	64	»	51,500	640	1328	1245	375	610	1305	255	260	125	—
Malinverni	40	»	49,000	—	1407	1317	237	590	567	132	122	190	—
Orsini	60	Donna	—	—	1200	760	—	—	—	82	104	70	50
Deambrosi	63	Uomo	40,000	—	1667	1777	257	1377	617	137	140	162	—
Lunghi	40	Donna	49,500	—	1200	1627	335	483	390	106	103	213	119
Chiesa	41	»	50,000	—	1250	1140	323	543	548	113	118	165	112
Mantovani	40	Uomo	57,000	—	1460	1195	235	620	615	126	125	220	—
Camerini	63	Donna	—	—	1135	840	127	—	—	100	80	580	57
Anselmi	37	»	43,100	—	—	1252	335	—	—	100	98	78	—
Ferretti	39	Uomo	60,800	—	1405	1315	245	—	—	145	—	235	—
Locatelli	40	»	48,000 (1)	—	1190	1015	200	1380	340	115	105	270	—
Colombo	28	Donna	—	—	1130	—	—	—	—	—	—	—	—
Bernieri	55	Uomo	—	—	1275	—	—	—	—	—	—	—	—
Magnini	60	Donna	51,000	—	1235	1500	365	—	—	135	130	150	—
Media	—	—	K. 46,123	382	1280	1161	259	831	636	130	120	227	91

(1) Dopo morto pesava 30,000 circa, avendo perduto 18 chilogrammi dal dì dell'entrata.

Bernassani Antonio (1), contadino di Villanterio, nacque da parenti un po' corti d'ingegno, ma sani e robusti; non ha congiunti malati d'affezioni nervose; viveva di polenta, riso e fagiuoli; fu laborioso, intelligente, sano, fino al 23.° anno, e precisamente al Giugno 1867, in cui cominciò ad accusare inappetenza, rutti, scottore, eritemi e desquammazione alle mani ed ai piedi, vertigini, capogiri.

Nel Settembre 1867, scoppiogli il delirio, ripeteva tutti i momenti i nomi dei santi del mese, rifiutava il cibo, imitava il rintocco delle campane, cadde in fine in accessi furiosi, nei quali tentava gittarsi dalla finestra, e che alternavano con accessi di ilarità senza causa.

Nell'Ottobre, quando entrò nella mia sala, mostrò una denutrizione straordinaria, 38 chilogrammi di peso su 1^m,564 di altezza; poche traccie di barba sul mento, e nessuna di pelo al pudendo, testicoli atrofici, cranio alquanto doligocefalo, diametro longitudinale 200 mm., trasverso 145, circonferenza 52, curva longitudinale 34, trasversa 32, muso sporgente all'innanzi, motilità quasi abolita soprattutto negli arti inferiori, poca energia anche nei superiori, per cui lo si credette paralitico, e lo si trattò colle correnti elettriche; taciturno pel solito, poi in occasioni straordinarie si aprì in monosillabi, che indicavano in lui un retto sentire e una intelligenza anche raffinata; spinto da emulazione, qualche volta, presa la penna, mostrò di saper scrivere; tornato un giorno dalle doccie inflittegli per grave disobbedienza, dicea: «capisco che lo fate per mio bene.» La sensibilità affettiva era ben conservata

Le orine pallide, e poco acide, pesavano 1010, la saliva dava debole la reazione del solfocianuro, il calore era normale.

Sotto l'uso del sale di cucina e dell'acetato di piombo migliorò, ingrassò, e cominciò a muover-

(1) Questa storia giova poi per la conoscenza di quella forma di pellagra, che io intitolerei con *arresto di sviluppo* (vedi Parte II, § 13).

Digitized by Google

si. Il peso salì a 43 chilogrammi. Tuttavia mostrava poca sociabilità, conservava tendenza al mutismo, e una rigidità, massime all'estensione, per cui restava quasi sempre raggruppato sopra sè medesimo, e messo in date pose, per es. col braccio destro semiteso per aria, vi perdurava.

Nel Febbraio 1868 ebbe un accesso epilettiforme, forse uno di quegli accessi di epilessia pellagrosa descritti dal Clerici.

Nel 6 Aprile 1868 comparvegli improvvisamente eritema acuto alle mani, edema ai piedi, scorbuto alla bocca e diarrea; calore 38 ½.

Sotto l'uso del calomelano cedeva alquanto la diarrea, ma lo scorbuto non cedette a nessun mezzo, non a limoni, non a nasturzio, ad acque ferruginose, ad astringenti locali, e lo scorbuto materialmente impediva l'alimentazione, e accresceva la denutrizione e la debolezza; finalmente comparve edema acuto al polmone, che lo ebbe a spegnere il 13 Marzo. In tutto questo periodo non mostrò il più piccolo tratto di alienazione; solo continuò nel mutismo e nel desiderio di non muoversi.

Necroscopia. — Corpo dimagrato, scheletro poco sviluppato; persiste la rigidità cadaverica. Scarse macchie da ipostasi al dorso ed ai lombi. Eritema pellagroso al dorso delle mani.

Capo. — Sostanza diploica anemica, sottile; coagulo rossastro nei seni longitudinali. All'interno della dura madre, in corrispondenza del sincipite, una sottilissima membranella fibrinosa, di color rossigno, che si può staccare dalla dura madre. I seni della base contengono pochi coaguli.

In corrispondenza alla membrana della dura madre, le pie meningi sono fortemente ispessite, della grossezza di due millimetri, e constano di denso connettivo. L'ispessimento, in minor grado però, si estende a tutta la volta ed alla base degli emisferi.

La sostanza cerebrale di consistenza normale. Piuttosto molli le pareti dei ventricoli, le cui cavità sono leggermente dilatate. Poco spiccate le origini dei nervi sul pavimento del quarto ventricolo.

Peso del cervello 1240 gramme.

Polmone sinistro. — Vuote le arterie; muco spumoso nei bronchi, la cui mucosa è leggermente arrossata; lobo superiore pallido, scrosciante al taglio, nella sua metà inferiore alquanto edematoso; lobo inferiore pure scrosciante, di color bruno, più compatto, molto edematoso, del peso di grammi 480.

Polmone destro. — Nelle arterie sottili coaguli rossi, nei bronchi copioso muco spumoso. Parenchima polmonale tutto scrosciante al taglio ed edematoso, specialmente il lobo inferiore; esso è pallido nel lobo superiore, bianco nei lobi inferiori; peso del polmone destro grammi 535. Nei cavi pleurici grammi 150 di siero.

Cuore. — Coaguli giallognoli nella orecchietta destra e nella arteria polmonale, un coagulo bruno nella aorta e nel ventricolo sinistro. Sufficienti le valvole arteriose; miocardio pallido; pericardio con pochissimo siero; peso del cuore 190 grammi.

Poco sviluppate le amigdale e i follicoli linfatici della base della lingua. Poco muco spumoso nella trachea. Nel punto della divisione dei bronchi comincia l'arrossamento.

Poco sviluppata la tiroidea.

La milza lunga 6 pollici, larga quattro, alta uno, col suo bordo inferiore arriva fino alla cresta iliaca, anteriormente fino alla linea ascellare anteriore. Parenchima molle, di color rosso scuro. Pochissimo sviluppati i corpuscoli di Malpighi. I margini sono lobulati, massime al bordo anteriore. In corrispondenza di alcuni lobuli la capsula presenta delle placche ispessite della grossezza di quasi un millimetro. Un lobulo mediano presenta sotto la capsula, per lo spessore di un centimetro e mezzo, la sua sostanza di un colore bianco.

Rene succenturiato sinistro colla sostanza corticale giallognola, la midollare giallo scura.

Rene sinistro compatto, di superficie liscia, con poche arborizzazioni. La capsula si stacca con molta facilità; sostanza corticale e midollare pallida, più però la corticale; leggermente accentuati i glomeruli; peso del sinistro 96, e 96 grammi pesa pure il destro.

Stomaco. — Metà pilorica del fondo cieco dello stomaco iperemica, mucosa molto sottile e liscia. Pervie le vie biliari; bile verde-giallognola e trasparente.

Pancreas bianco, compatto.

Fegato con *degenerazione adiposa avanzata ed estesa a tutto il parenchima*, ad eccezione del distretto della porta; del peso di grammi 1145.

Intestini. — Tonache del tenue sottili; mucosa pallida nel principio, ma da dove cominciano le placche del Peyer vivamente iniettata; le placche del Peyer sono molto sottili, e si distinguono per un colore più chiaro. In vicinanza del cieco i follicoli solitari sono della grossezza di un grano di miglio, alcuni anche di una lente; mucosa del cieco fortemente arrossata. Ad un decimetro di distanza dalla valvola del Bauino cominciano numerose ulceri rotonde ed ovali, a bordi regolari, con fondi dove di color bianchiccio, dove di color nero. Un decimetro più in basso 6 ulceri si fondono, e producono larghe perdite di sostanza nella mucosa tumefatta e di color giallo chiaro; le ulceri presentano quasi sempre un fondo nerastro.

Ghiandole mesenteriche numerose, alcune della grossezza di una nocciola, compatte e rossigne.

Testicoli atrofici, non contenenti nemaspermi.

Esame microscopico (1). — I capillari, che dalla pia madre penetrano nelle circonvoluzioni, presentansi al microscopio carichi di granuli giallastri non solubili nell'etere. La pseudo-membrana della dura madre consta di connettivo con vasi, concrezioni calcaree, numerose cellule con pigmento giallo, il più delle volte sotto l'apparenza di ammassi pigmentali senza nucleo.

In molti linfatici perivascolari dei vasi del cervello, grossi 40 a 80 μ, trovansi molte cellule adipose e granuli d'ematosina e di pigmento giallo-oscuro (Vedi Tav. 2.ª, Fig. 3.ª).

Le fibrille muscolari del cuore presentano quasi completamente scomparse le strie trasversali, e nel mezzo di esse abbondanti depositi di pigmento. In parecchi punti la cellula muscolare è interrotta trasversalmente da lacune più o meno ampie (Vedi Tav. 2.ª Fig. 1.ª). Questa è la forma micrografica dell'*atrofia bruna del cuore*.

Nelle cellule epatiche si scorgono numerosi granuli d'adipe.

Le cellule epiteliari dei tubi oriniferi appaiono rigonfiate per granulazioni adipose.

Mussini d'anni 40 (Vedine la storia nella Sinmatologia e Patologia, parte 2.ª, § 14).

---

(1) Questa e tutte le altre osservazioni microscopiche furono opera dell'egregio Dott. Golgi, controllata dal Prof. Bizzozero. Gli studi microscopici sulla cute furono opera del sig. Griffini, eseguiti nel laboratorio e sotto la direzione del Prof. Bizzozero.

Digitized by Google

Necroscopia — eseguita 23 ore dopo la morte.

Corpo ben nutrito; eritema pellagroso al dorso delle mani; rigidità cadaverica persistente agli arti inferiori.

Capo. — Callotta grossa e compatta; diploe pallidissima e scarsa; qualche rara depressione per sviluppo delle ghiandole del Pacchioni; coagulo biancastro e tenue nel seno longitudinale superiore e sue diramazioni; coaguli bruni nei seni della base.

Meningi facilmente svolgibili. — Sostanza cerebrale leggermente iperemica; consistenza normale; poco siero nei ventricoli; corpo striato sinistro alquanto più congesto e più colorato del destro.

Cervelletto molle.

Lingua lobata, molto sviluppati i follicoli alla base, screpolature all'apice.

Tiroidea piccola, giallognola, con tumoretti isolati della grossezza di un grano di maiz, di colore biancastro.

Petto. — Cuore con massimo diametro longitudinale 135 m., latid. 100, flaccido, coperto di grasso; miocardio di color giallo verdastro; arrossamento notevole della membrana interna dell'aorta; coaguli fibrinosi nell'orecchietta destra; valvole auricolo-ventricolari piuttosto tumide.

Polmone destro con lungo coagulo nelle arterie, che si diffonde fino alle piccole diramazioni; siero spumoso e liquido nei bronchi; lobo inferiore alquanto edematoso ed iperemico. — Polmone sinistro sano.

Milza lunga 19 centim., larga 9, spessore 4 ½; molle, di color rosso-bruno; trabeccole discretamente sviluppate; scarsi i follicoli malpighiani.

Rene succenturiato sinistro giallastro, con punti gialli.

Rene sinistro con capsula che si stacca con facilità; superficie liscia, con fitte arborizzazioni; congestione venosa; poco sviluppati i glomeruli di Malpighi.

Rene succenturiato destro come il sinistro.

Rene sinistro più piccolo e meno congesto; pesa grammi 130.

Stomaco con catarro acuto della porzione cardiaca, iniettata con fine iniezioni capillari. A cinque centimetri dal piloro v'ha un piccolo tumoretto della grossezza di un grano di maiz, molle, del colore del resto della mucosa.

Fegato compatto, anemico, color noce moscata, con acini indistinti.

Utero con muso di tinca allungato, imbutiforme; sostanza dell'utero dura, bianca. — Ovaie raggrinzate, con grossi follicoli.

Intestino tenue pallido; crasso pure pallido, ma sparso qua e là da qualche chiazza di congestione, e ulcerette rotonde, limitate alla mucosa, della larghezza di tre a quattro millimetri.

Esame microscopico. — Granuli d'ematosina in quantità notevole nei linfatici perivascolari del cervello. Degenerazione calcarea della tonaca muscolare dei vasi dei corpi striati, della grandezza di 200 fino a 500 μ, e deposito di grandi cellule granulari, ammassate nell'avventizia linfatica dei corpi striati e degli emisferi, cellule che si sciolgono nell'etere, e anneriscono coll'acido osmico. Degenerazione adiposa di molti vasi del cervello e del cervelletto, meno estesa però nelle circonvoluzioni anteriori.

Diffusa degenerazione bruna con escellulazione delle fibre muscolari del cuore. Degenerazione adiposa degli epiteli renali.

Orlandi Teresa di Cerranova, d'anni 70, entrata nel Marzo 1867, perdette tre fratelli di pleurite, una sorella di malattia puerperale. Patì da giovane pneumoniti e cefalee; più tardi venne affetta da sordità; mangiò sempre maiz, minestre di riso e buon vino, non patì però mai la miseria, avendo un figlio abbastanza agiato, e servendo, come cameriera, in una famiglia quasi signorile. Un giorno, presa da spavento, vedendo ritardare il ritorno del proprio figlio, che aveale promesso di venirla a trovare, si mise a delirare che fosse morto, e si gettò nel pozzo per cercarlo! un'altra volta si gettò da una finestra, dicendo che la volevano ammazzare; un altro giorno adacquava il letto per impedire che l'abbrucciassero; andò da un prete, perchè le cercasse il figliuolo, che, secondo lei, era in paradiso.

Venuta da noi, troviamo una donna abbastanza ben nutrita, alquanto curva: presenta eritema pellagroso alle mani e fronte, e dilatazione dei vasi capillari del viso come negli ubbriaconi, cranio brachicefalico normale, occhio lucido, vivo, pupilla ristretta, lingua sparsa di strie trasversali; orine pallide, 4 Vogel, del peso specifico 1015, pochi fosfati, molti cloruri, molto urocromo; calore 37,25 al mattino, e 37,60 alla sera. La motilità era ben conservata, anzi esagerata, per cui continuamente girava, nè mai si sedeva; molte volte batteva persone meno vecchie di lei. Affettività esagerata per il figlio, pervertita per gli altri, cui non mostrava mai gratitudine, e spesso minacciava. Facoltà intellettuali molto indebolite. Ogni tanto andava a lavarsi mani e piedi e corpo, come fanno i pellagrosi; ripeteva continuamente: *aiutt*, *aiutt*, ma sopratutto manifestava con atti e gesti e parole la forma del delirio sistematizzato. Mangiava poco, ma il cibo raccoglieva in una sua fossetta, ch'era scavata in giardino, « perchè così, diceva ella, l'avrebbe mangiato il figliuolo, e guai a chi vi si fosse avvicinato ». Raccoglieva una quantità di fuscelli di legno, e ne circondava quella sua fossa, per richiamarvi, dice ella, il figlio; e questi fuscelli alla sera recava con sè al letto. Che se qualcuno glieli avesse tolti, gridava furiosamente che così ammazzavano il figlio. Alla mattina gridava, « *Vieni, vieni* » al figlio: eppure quando le venne presentato questo figlio, essa nol conobbe più. Da ultimo s'era fatta un po' sonnolenta; finchè presa da pneumonite, durante la quale però non rimetteva affatto dal delirio, moriva.

Necroscopia — fatta 26 ore dopo la morte.

Rigidità cadaverica persistente, traccie di eritema al dorso delle mani.

Capo. — Callotta compatta, pesante; solchi profondi; nei seni della base molto sangue fluido; dura madre ispessita e aderente alla pia madre, la quale, pure, è leggermente opacata; siero negli spazi sotto-aracnoidei. — Cervello di consistenza e di aspetto normale.

Collo. — Lingua lobata: sparsa di screpolature orizzontali. Glandola tiroidea molto voluminosa; nel lobo mediano presenta una cisti ripiena di sangue.

Petto. — Bronchi spalmati di muco liquido, rossastro. — Polmone sinistro non crepitante al taglio, compatto, resistente, sopratutto nel lobo superiore; tagliato, presenta un aspetto granuloso di color grigio-rossastro. Il lobo inferiore è meno compatto, e di colore rossigno. All'apice del polmone un corpo bernoccoluto ripieno di materia calcare, della grossezza di un fagiolo, probabilmente l'esito di un tubercolo cretificato. — Polmone destro scrosciante al taglio, compatto, edematoso nel lobo mediano; parenchima ispessito, di color grigio chiaro.

Digitized by Google

Cuore. — Di volume maggiore del normale; presenta il massimo diametro in lunghezza 122, in larghezza 101. Il ventricolo sinistro alquanto ipertrofico, dello spessore massimo di 22 millim. Le valvole mitrali alquanto ispessite per essudati fibrinosi di vecchia formazione. Miocardio di un color giallo epatico, flaccido, lacerabile.

Addome. — Fegato di aspetto giallognolo; il massimo diametro longitudinale 242 millimetri, in latitudine 200, lo spessore 60, gli acini abbastanza distinti; in ciascun acino si distingue bene la vena centrale, ed all'intorno un anello giallognolo evidentemente di natura adiposa.

Rene destro piccolo, di superficie irregolarmente lobulata, sparsa di cisti; la capsula non si leva che con perdita del tessuto sottostante; la superficie del rene appare, sollevata la capsula, di un color grigio chiaro, è finamente granuleggiata, con qualche raggiatura vascolare; la sostanza corticale atrofica, d'un aspetto grigiastro, poco visibili i glomeruli; la sostanza midollare è rossigna. — Il sinistro più piccolo ancora del destro, e presenta il tessuto più compatto, più bianco e retratto.

La milza presenta la membrana molto aderente. La superficie è irregolare per molte prominenze di color biancastro, che s'approfondano nel parenchima, e sono costituite da un ingrossamento della capsula; parenchima piuttosto molle, color cioccolatte, con trabecole sviluppate, invisibili i glomeruli malpighiani.

Intestina. — Chiazze iperemiche nella mucosa del crasso e del tenue, atrofia della tonaca muscolare in tutte le intestina.

Utero. — Cavità uterina della capacità d'una noce, riempita di un muco sanguinolento; mucosa d'aspetto grigiastro, sparsa di chiazze rosse.

Coste fragilissime, d'aspetto plumbeo, col periostio facilmente svolgibile. Il radio e l'ulna, invece, di consistenza e durezza normale, cosicchè un uomo robusto non le può rompere.

Esame microscopico. — Linfatici perivascolari del cervello molto dilatati, e ripieni di granuli d'ematosina, e di granuli adiposi in forma di grandi cellule granulose, quest'ultime soprattutto ai talami ottici; la degerazione adiposa si estende pure alla tonaca muscolare.

Le fibre muscolari del cuore offrono la solita atrofia bruna con escellulazione.

Nei reni si nota estesa iperplasia del connettivo interstiziale, e degenerazione adiposa degli epitelii dei canalicoli.

Coronelli Modesto di Barona, tessitore, d'anni 42. Da tre mesi tentò uccidere il proprio figlio e la moglie, scaraventandoli da una finestra; tentò pure di uccidere sè medesimo. Ricoverato nell'Agosto 1868, si mostra un individuo abbastanza ben nutrito, del peso di chilogrammi 48, 500; desquammazione alle mani ed alla fronte; orine acide, peso specifico 1018, colore 3 Vogel; col cranio alquanto ristretto, fronte sfuggente all'indietro, orecchie impiantate ad ansa; motilità quasi abolita nelle membra inferiori; sensibilità dolorifica quasi abolita, per cui non s'accorge di una scottatura al dorso; resta taciturno, ma non demente; spinto da vive dimande, risponde a tono, ma si rifiuta ostinatamente agli alimenti, dicendo che vi è dentro veleno; sembra non abbia perduto l'affetto pei parenti, che vede con molto piacere e colle lagrime agli occhi. In seguito ad un'abbruciatura causata ed aggravata dalle paralisi, morì il 14 Dicembre 1868.

Necroscopia. — Corpo abbastanza ben nutrito, dorso delle mani coperto da eritema, larga piaga gangrenosa alla regione lombare, nessun indizio di putrefazione cadaverica.

Capo. — Callotta di spessore minore del normale, cartilagini intersuturali completamente scomparse; la dura madre di color pallido, alquanto inspessita ed aderente al cranio in vicinanza dei seni longitudinali; la pia madre, anch'essa pallida, presenta un leggier opacamento latteo, sopratutto lungo il decorso dei vasi.

Cervello di consistenza nomale; non presenta che un po' di siero nei ventricoli, e cisti della tela coroidea.

Petto. — Polmone destro aderente all'apice per essudato pleuritico di antica formazione; presenta edema al lobo inferiore, e congestione al lobo superiore. Polmone sinistro normale.

Cuore. — Di volume maggiore del normale; ipertrofia del ventricolo sinistro, assottigliamento del destro; miocardio di un colore cioccolatte, facilmente lacerabile, flaccido.

Addome. — Il fegato aderente al diaframma per fimbrie di antica formazione; è di volume minore del normale, di un colore giallo-scuro per evidente infiltrazione adiposa. Nel margine anteriore del lobo sinistro alcune macchie biancastre, avanzi di antica periepatite.

Milza di volume triplo del normale, di colore feccia di vino, facilmente lacerabile, presenta la capsula notevolmente inspessita ed aderente; nella faccia posteriore contiene un corpo giallastro ripieno di sostanza granulosa; scarsi i follicoli malpighiani.

I reni straordinariamente atrofici, il destro più ancora del sinistro, lobulati, a margini frastagliati, con incipiente degenerazione adiposa; la capsula facilmente staccabile.

Esame microscopico. — Nelle guaine linfatiche di alcuni vasi dei corpi striati del cervello e talami ottici notansi delle strie serpentiformi di color caffè oscuro, costituite da granuli di pigmento. In alcuni dei vasi cerebrali si nota degenerazione adiposa della guaina linfatica, in altri anche della tonaca muscolare; la deposizione entro gli spazii linfatici di grandi cellule granulose fa sì che il vaso alle volte appaia completamente opaco, nero; ma colla bollitura nell'etere le granulazioni scompaiono, risultando così evidentemente adipose. Nella tonaca muscolare dei vasi più grossi, da 0, 001 a 0, 005, deposito di materia calcare. Alcuni altri di questi vasi della stessa grandezza sono presi da dilatazioni od ectasie a guisa di piccoli gozzi. (Vedi Tav. 2.ª, Fig. 4.ª).

Gangli del gran simpatico. — Pigmentazione abbondantissima e degenerazione delle cellule dei gangli spinali e del gran simpatico. (Tav. 2.ª, Fig. 5.ª).

Cuore. — La cellula muscolare presenta la scomparsa delle strie trasversali, le quali presentano nel mezzo deposito abbondante di pigmento; in alcuni punti la fibra muscolare è interrotta da notevoli lacune.

Rene. — Ipertrofia del tessuto interstiziale, con atrofia dei corpuscoli malpighiani; degenerazione adiposa degli epitelii dei canalicoli.

Muscoli. — Degenerazione adiposa di molte fibre del muscolo gran pettorale e de' muscoli intercostali; gli altri muscoli normali.

Moglia, d'anni 30, di Corialo; ha la madre pellagrosa, padre morto di cholera, figli tutti morti precocemente. Da tre anni pellagrosa, curata scioccamente con sanguisugi, presenta una grande denutrizione, peso di 37 chili, cranio ben confor-

Digitized by Google

mato, pupilla ristretta e poco mobile, calore 37 C; cute della mano e del terzo inferiore dell'avambraccio, come pur due striscie della regione laterale del collo, inspessita e di color cioccolatte; debolezza straordinaria, per cui cade ad ogni momento; ha un delirio molto confuso, ma in genere melanconico, per es. ora piange, ora ride, ora è voracissima, ora si rifiuta al cibo, ora cerca confessarsi, ma venuto il prete teme ch'esso la voglia stregare, e ripete che il medico ed il marito l'avvelenano, o che le morì la figlia (e non era vero), o che non vuol mangiare per morire; si lagna di flati dolorosi nella vagina, emessi i quali poi si sentirebbe meglio; alla testa si lagna di esser punta da lenticchie, alle spalle da una specie di vento o di aura, che va poco a poco salendo alla testa, finchè la fa cadere.

Nel Giugno, due mesi dopo l'entrata, cominciammo a rimarcare in lei un fatto singolare, ed era un'intermittenza, per la quale un giorno essa presentava un calore di 37 ½, polso 90, acutizzazione del delirio fino a piangere e a gridare ad alta voce, rifiuto del cibo; il secondo giorno il polso calava a 80, il calore a 36, mangiava, si levava a sedere sul letto, parlava tranquilla e abbastanza ragionevole. Le orine erano di un color giallo scuro, leggermente torbide e schiumose, presentavano molta uroglaucina, un peso specifico di 1010, ed erano leggermente acide. Verso il principio del Luglio comparve diarrea, a cui più tardi s'aggiunsero i sintomi di cancrena polmonare, di cui morì.

Necroscopia — eseguita 30 ore dopo la morte, la quale diede il seguente risultato:

Rigidità cadaverica persistente, macchie ipostatiche al dorso, cute del dorso e delle mani di colore nerastro.

Capo. — Ossa del cranio compatte, turgide le vene della pia meninge, che si svolge facilmente dalle circonvoluzioni. Il cervello ha consistenza e colore normale.

Petto. — Il polmone sinistro aderente al costato per essudato di antica data, in forma di pseudomembrana. Nel lobo inferiore, in corrispondenza al 5.° spazio intercostale, si trova una cavità della grossezza di una noce, ripiena di pus giallo-verdognolo, che comunica con un'altra piccola cavità, pure ripiena di pus e di detritus polmonare cancrenoso; all'apice del lobo superiore il polmone presenta un'altra cavità, ripiena di detritus polmonare; il resto del polmone è infiltrato di siero sanguinolento. Nel polmone destro, oltre ad antiche aderenze al diaframma e alle coste, trovasi enfisema al bordo anteriore del lobo inferiore; e nel parenchima del medesimo lobo inferiore due piccole caverne piene di pus nerastro.

Cuore di volume minore del normale, del peso di grammi 170; il miocardio è pallido, flaccido; sufficienti le valvole, con alcune piccole piastre ateromatose all'origine dell'aorta.

Milza grossa il doppio del normale, molle, spappolabile, di color feccia di vino.

Il fegato di normale volume e colore.

Lo stomaco presenta qua e là, verso la grande curvatura, delle chiazze iperemiche, più o meno larghe.

L'intestino tenue presenta la tonaca muscolare assottigliata, e la mucosa in varii tratti iperemica; il crasso la presenta pure iperemica, qualche volta eresipelacea, e sparsa, verso il retto, di ulceri rotonde della larghezza di 1 a 2 centim.

Esame microscopico. — Negli elementi della sostanza cerebrale non è dato di scorgere alcuna sensibile alterazione. Entro i linfatici cerebrali riscontrasi grande quantità di granuli di ematosina e molte cellule ripiene di granuli di adipe: queste ultime sono molto più copiose nei vasi dei corpi striati. Le fibre muscolari del cuore offrono poco marcata la striatura traversale, e sono infiltrate di goccioline adipose, non però in grado molto intenso.

Le cellule epatiche e l'epitelio dei canalicoli renali offrono pure incipiente degenerazione adiposa.

Chiodi Giorgio, d'anni 40, contadino di Bobbio, morto di tifo pellagroso (Vedine la storia nella Sintomatologia e Patologia, parte 2.ª, § 14).

Necroscopia. — Morto il giorno 30 Ottobre 1868, presenta alla sezione, 24 ore dopo la morte, la rigidità cadaverica tuttora persistente, vaste piaghe cancrenose di decubito al sacro; ben nutrito, alto 1.70, pesa chilogrammi 47,500.

Capo. — Callotta compatta, suture saldate.

Dura madre aderente alla pia madre, specialmente lungo il seno longitudinale; pia madre aderente alla sostanza cerebrale, in ispecie posteriormente; coagoli fibrinosi nel seno longitudinale, e legger opacamento latteo della pia meninge.

Nel cervello, posteriormente al lobo sinistro, vaste ecchimosi sotto-aracnoidee, della grandezza di un centesimo; altre ecchimosi, a foggia di S, sulla superficie degli emisferi cerebrali del lobo anteriore frontale sinistro.

Petto. — Polmone destro: aderenze pleuritiche estese a tutto il lobo, pleure molto ispessite; bronchi dilatati, mucosa arrossata e coperta di denso muco; parenchima polmonale imbibito di molto siero. Polmone sinistro pure edematoso; bronchi dilatati, ingombri di muco denso, vischioso, mucosa arrossata; epatizzazione rossa del lobo inferiore.

Cuore piuttosto piccolo, ma di consistenza e colore apparentemente normale; le valvole sufficienti.

Addome. — Stomaco voluminoso, mucosa pallida, piuttosto ispessita e imbibita di siero.

Fegato piuttosto voluminoso, di colore giallognolo, del peso di 1290 grammi.

Intestino con ulcerazioni rotonde più o meno sparse lungo tutta la mucosa del colon, e confluenti al cieco e al retto.

Milza piccola, pesa 145 grammi, color feccia di vino, di consistenza normale.

Reni del peso di 120 uno, e 145 l'altro, di aspetto giallastro.

Esame microscopico. — Il tessuto del cuore, che pure all'apparenza si sarebbe creduto normale, esaminato al microscopio risulta affetto da estesissima degenerazione bruna, per cui le cellule muscolari eran solcate da granuli giallo-scuri, non splendenti, disposti lungo la linea mediana; in molti punti le fibre presentavano dei sepimenti trasversali, ed erano spesso divise nelle singole cellule, che le compongono.

Invece i tessuti dei muscoli del gastrocnemio e degli estensori comuni delle dita si mostrarono integri, come lo erano ad occhio nudo.

L'epitelio dei canalicoli renali si mostra affetto da avanzatissima degenerazione adiposa. (Tav. 2.ª, Fig. 2.ª).

Ricca infiltrazione adiposa si notò pure nelle cellule epatiche.

Negli spazi perivascolari dei vasi capillari del cervello si notò deposito abbondante di granuli adiposi.

Digitized by Google

M. B. di Chignolo, di anni 23, ebbe la madre sana, il padre che morì all'età di 40 anni per lenta malattia di petto. Essa, malgrado si nutrisse quasi esclusivamente di maiz o di altri cibi pessimi, fino ai 17 anni godette sempre di buona salute; a tale età fu per vari mesi travagliata da febbri intermittenti. Da quest'epoca cominciò a soffrire frequenti disturbi gastrici e prostrazione di forze. Maritossi a 19 anni, ma non ebbe figli. A 21 anni, cioè nella primavera del 1865, le comparve eritema e quindi desquammazione al dorso delle mani, al collo, e diarrea, però di breve durata; lo stesso le accadde nella primavera dell'anno seguente. Quest'anno poi ai sintomi accennati si aggiunsero frequenti vertigini, perdita di forze, sensazione di formicolio al dorso, e diarrea ostinatissima; la debolezza degli arti inferiori giunse a tal grado, che le era affatto impossibile il reggersi in piedi: ridotta a tale stato, venne accolta il 30 Giugno 1868 nello spedale di Pavia.

All'esame si rilevò: emaciazione straordinaria, scheletro ben conformato, colore della cute olivastro, desquammazione del dorso delle mani e della superficie dorsale del terzo inferiore dell'avambraccio, lingua rossa con varie strie longitudinali e trasversali; soffio sistolico dolce all'apice del cuore, che continua lieve alle giugulari; ventre rigonfio per meteorismo, e con segni di raccolta sierosa nelle parti declivi; paresi di moto degli arti inferiori; orine pallide, del peso di 1010, di reazione neutra, scarse di urofeina, uroeritrina e di fosfati alcalini, cloruri piuttosto copiosi; calore 38 $^1/_5$ C., polso 90.

Nei giorni seguenti il calore, esplorato ripetutamente, diede in media 37 $^2/_5$ alla mattina, e 38 $^2/_5$ nelle ore pomeridiane; il polso oscillò dagli 80 ai 100; le orine non presentarono variazioni rimarchevoli; diarrea, afonia.

Necroscopia — fatta 24 ore dopo la morte.

Abito esterno. — Corpo di media statura, e macchie cadaveriche alle parti declivi; rigidità cadaverica quasi scomparsa.

Capo. — Callotta di medio spessore, con diploe scarsa; coagulo sanguigno molle nel seno longitudinale superiore; dura madre normale; vene della pia madre turgide; molto siero raccolto negli spazii sotto-aracnoidei; pia madre leggermente opacata, in corrispondenza alla parte dorsale degli emisferi, che facilmente si svolge dalle circonvoluzioni; sostanza cerebrale di normale consistenza, lievemente edematosa e piuttosto anemica; nei ventricoli laterali raccolta di siero nella quantità di 2 cucchiai.

Petto. — Siero nella quantità di circa 200 gr. nella cavità della pleura, la cui pagine sono qua e là fra loro aderenti per fimbrie di tessuto connettivo di antica formazione.

Polmoni soffici, espansi, crepitanti, infiltrati di molto siero rossiccio, spumoso; nella parte inferiore offrono ambidue congestione per ipostasi. Nel pericardio 80 gr. circa di siero citrino.

Cuore di volume e figura normale; miocardio flaccido, di colore marcatamente giallastro; piccola piastra di ateroma all'origine dell'aorta.

Addome. — Due litri di sfero nella cavità del peritoneo. Stomaco disteso da gaz; la sua mucosa è pallida. La mucosa del tenue presenta qua e là delle chiazze iperemiche; follicoli solitarii in vicinanza del cieco molto pronunciati, mucosa del cieco fortemente arrossata, e tale arrossamento in maggiore o minor grado si estende pressochè a tutto il crasso. Continuando dal colon trasverso, la mucosa presenta delle ulceri di figura circolare od ovale, del diametro di circa un centimetro, a bordi regolari ed a fondo nerastro; tali ulceri si fanno sempre più frequenti lungo il colon discendente, e verso la curva sigmoidea e al retto confluiscono, formando larghe perdite di sostanza.

Fegato molto voluminoso; colla sua estremità sinistra arriva fino alla regione ipocondriaca sinistra, e col bordo anteriore arriva fino alla linea ombellicale trasversale. Sezionato in varie direzioni, si presenta in ogni sua parte di colore giallo aranciato, evidentemente per avanzata degenerazione adiposa.

Milza un due volte più grossa del normale, assai molle, di color feccia di vino; nel parenchima sono molto sviluppati i corpuscoli di Malpighi.

Reni sensibilmente più grossi del normale; la capsula, sì nell'uno che nell'altro, si distacca con molta difficoltà, e lacerando in alcuni punti la sostanza del rene; sezionato il destro, appare intensamente arrossato sì nella sostanza corticale che midollare.

Nulla di anormale si riscontra al pancreas, reni succenturiati, utero e vescica orinaria.

Esame microscopico. — Nessuna alterazione sensibile negli elementi della sostanza cerebrale. Copiose deposizioni di grandi cellule adipose nei linfatici perivascolari di ogni regione del cervello.

Le fibre muscolari del cuore appaiono abbondantemente infiltrate da granulazioni adipose; in alcuni punti la degenerazione è così avanzata, da non lasciar distinguere traccia della strie trasverse (Vedi Tav. 2.ª, Fig. 1.°).

Il fegato, nei punti dove appariva di colore più giallo, presenta le cellule piene di goccie adipose.

L'epitelio renale presenta anche esso avanzata degenerazione adiposa.

(continua)

Spiegazione della Tavola.

Fig. 1.ª — Atrofia bruna o pigmentosi, con escellulazione della fibra muscolare del cuore
a — fibra cardiaca
b — nucleo
c — pigmento
d — limite tra le cellule che compongono le fibre cardiache
e — punti in cui la fibra si è scissa nelle cellule che la compongono
Ingrandim. di diam. 400.

Fig. 2.ª — Pigmentosi e sclerosi della sostanza midollare del rene
a — connettivo interstiziale
b — pigmento
c — epitelio dei canalicoli.

Fig. 3.ª — Pigmentosi dell'avventizia dei capillari del cervello
a — tonaca muscolare
b — avventizia
c — cellule pigmentali
d — nuclei
e — nuclei circondati da granuli adiposi
Ingrandim di diam. 350.

Fig. 4.ª — Ectasia dei capillari riscontrata nei talami ottici e corpi striati
a — capillari del cervello
b — aneurismi o meglio ectasie
c — globuli del sangue
Ingrandim. di diam. 400.

Digitized by Google

Fig. 5.ª — Cellula gangliare carica di pigmento
a — pigmento
b — granuli di adipe
c — nucleo e nucleolo in parte macchiato di pigmento e di adipe
Ingrandim. di diam. 400.

Fig. 6.ª — Sezione trasversale di un ganglio cervicale del simpatico pigmentato
a — connettivo del ganglio
b — guaina delle cellule nervose
c — cellule nervose pigmentate
Ingrandim. di diam. 400.

Fig. 7.ª — Idem come nella fig. 6.ª, in un individuo sano
a — connettivo del ganglio
b — guaina delle cellule nervose
c — cellule nervose.

Fig. 8.ª — Sezione della cute di un pellagroso. — Sclerosi dei vasi
a — reticolo malpighiano e strato lucido
b — derma propriamente detto
c — vasi dello strato papillare sclerosato
d — scarsi nuclei dei detti vasi.

ANGIONEVROSI ISTERICA

NOTA CLINICA

DEL

Prof. CESARE FEDERICI.

Con quanto maggiore studio si ricercano le affezioni dei nervi, tanto più riesce chiaro, che rade volte l'istesso morbo riveste le medesime apparenze. L'imagine sua, che noi ci andiamo formando nella mente, ora acquista nuove fattezze, ora ne perde qualcuna delle ordinarie. Ad esemplificare questa verità esporrò succintamente la storia d'uno sconcerto vascolare in una Signora isterica, il quale non ricordo d'aver mai veduto, o sentito descrivere, e parmi che possa meritar la pena di farne menzione, non fosse altro per tener conto del rimedio, che con tanta facilità lo vinse.

La Signora N. N. donna squisitamente sensitiva e ingegnosa, dedita agli studi, e alla famiglia, cominciò a soffrire di mal di nervi dopo aver partorito parecchi figlioli, essersi sconciata due volte, e dopo aver sofferti molti dispiaceri. Da dieci anni, si può dire, non ha più goduto un giorno intero di perfetta salute. In questo tempo è stata assalita più volte da quella nevrosi complessa, chiamata *istero-epilessia*. Però è d'avvertire, che in certi intervalli n'era presa circa una volta per settimana, in altri neppure ogni quattro o cinque mesi. L'accesso si collegava, e si collega indubitatamente a travagli d'animo; è preceduto da melanconia, abbattimento di forze, stiramenti, e trafitture del petto e delle braccia. Quando l'inferma si abbandona nel letto, chè non può quasi più reggersi in piedi, allora perde la conoscenza, agita le braccia, solleva la vita, e puntando la testa e i piedi inarca la persona. Gli eccitamenti recati sulla pelle rinforzano le convulsioni. Tra una serie e l'altra di convellimenti fà prova con ostinatezza d'inghiottire. Ripiglia quindi a poco a poco la conoscenza, e facendosi a parlare, ripete come un'eco le parole, che le suonano all'orecchio. Di questo fatto si accorse ultimamente un mio amico, ed io non so se l'abbia offerto altre volte, e se potrà rinnovarsi. Tornata in sè, va lamentandosi di dolor di capo, di spossatezza, d'indoliture. Il giorno appresso diviene pallida e svogliata, anzi con inclinazione alla tristezza.

Potrei aggiungere ai segni accennati molte altre indisposizioni, chè ne ha avute moltissime, ma pel quadro rappresentativo d'un comune isterismo non sarebbero che tinte sbiadite, ed incerte.

Quello che muove il mio discorso, è il fatto seguente. L'anno passato verso la metà di Agosto, fosse caso, o fosse effetto di bagni freddi mal praticati, o d'altra trascuranza, sentì gradatamente chiudersi il naso e la gola, impedirsele il respiro, insorgere l'eccitamento allo starnuto, e il flusso sieroso dalle narici; insomma quegli incomodi che sono propri, come volgarmente si dice, del raffreddore di testa. Se non che nella notte le molestie crescevano fuor di modo; l'inferma credeva di essere diventata asmatica, perchè in positura supina aveva difficile il respiro. Si alzava di letto, e così passava le ore del sonno in continua veglia e movimento, o al più in istato di abbandono, anzi che di traquillità e di riposo. I narcotici, il bagno senapato ai piedi, il senapismo al petto le procuravano talora una notte mediocremente quieta; poi le intermittenze del male, interpretate per miglioramenti, rialzavano un poco l'animo dell'inferma. Tutti i mesi dell'inverno e dell'estate dell'anno presente sono andati in queste alternative di recrudescenze e di migliorie. Il guardarsi dall'aria era divenuta per questa signora una necessità, poichè, senza ciò, pareva inevitabile l'accesso. Il quale cominciava con *malessere generale* e *pizzicore del naso;* seguitava con gli starnuti uno dopo l'altro per tre o quattr'ore, e spesso anche più; scolo di siero in tale quantità da inzuppare molti fazzoletti; agitazione profonda e secchezza delle fauci; nella notte poi inquietitudine d'animo, e difficoltà di respiro; sciogliendosi con sudore abbondante e generale. La mucosa nasale diventava rossa e tumefatta, gli occhi lacrimosi; la sensibilità tattile rimaneva intatta, o s'accresceva; la specifica andava perduta. In quest'ultimo tempo sembrava, che gli accessi fossero intercalati da un giorno di riposo; durante il quale non si trovavano neppur le traccie del male patito, e l'odorato non che essere estinto, era fatto più vivo, e pronto.

Digitized by Google

L'ammalata parte di suo capo, parte per indicazione altrui aveva sperimentati diversi rimedi: ora le applicazioni d'acqua fredda, ora la copertura della testa, della fronte, e del petto di maniera che l'aria non l'offendesse in alcuna parte; il vescicatorio, il chinino, gli oppiati ecc.; ma tutto inutilmente. A giudizio dell'inferma, si trattava d'un raffreddore tanto ostinato, da disperare di guarirne più, e da renderle noiosa la vita.

Ma a qualificare la natura nervosa dell'affezione concorrevano più segni:

1) La partecipazione, quasi direi, di tutto il sistema nervoso all'infermità locale; il che era segnalato dal malessere, dalla difficoltà di respiro, dalla tristezza, dagli stiramenti, e sbadigli, che spesso erano ancora il preludio dell'accesso.

2) Le intermittenze con restituzione *ad integrum* delle condizioni organiche, e delle funzioni della mucosa nasale, in ispecialità dell'odorato.

3) L'indole nervosa, anzi l'isterismo, proprio della nostra malata.

4) L'inutilità dei medicamenti adoperati, i quali per solito riescono efficaci a debellare o migliorare le *riniti catarrali croniche*.

L'eccitazioni d'ogni specie, ma particolarmente quelle del freddo, erano causa, od occasione dell'accesso, ma non s'intrinsecavano col processo medesimo, come avviene nei morbi detti *reumatici*.

Se pertanto la cagione del male doveva ricercarsi nei nervi, in che consisteva essa? — La flussione, che visibilmente si stabiliva, e dalla quale pigliavano le mosse altri sintomi, doveva riporsi in uno sconcerto dei nervi vasomotori; ma non so dire, e non credo vi sieno ragioni sufficienti per decidere, se questo sconcerto fosse di natura attivo nel senso di una irritazione dei nervi dilatatori, o passivo nel senso di una paralisi delle fibre del nervo simpatico.

Gli effetti limitati di questa irritazione, o di questa paralisi vascolare, effetti che io riconosco talora come *l'espressione più sensibile d'un'agitazione generale dei nervi, d'un isterismo; tal'altra come un epifenomeno; tal'altra ancora come un primo anello, a cui si tiene sospesa una catena di disturbi più o meno gravi;* trovano molti esempi simili nella storia delle nevrosi. Nell'isterismo medesimo il flusso di urina, di lagrime, o di sudore, con il quale esordisce, s'accompagna o si scioglie l'accesso, non è altro che un fenomeno d'irritazione o di paralisi vascolare. Ho veduto in alcune isteriche durante lo sconcerto dei nervi farsi rosse e scottanti solo le orecchie, in altre tingersi in rosso solo un pomello, mentre la faccia era pallida e contratta. Il Prof. Benedikt (1) illustrava ultimamente questi fenomeni di paralisi vascolare circoscritta nell'epilessia, e dimostrava esser riescito, modificando con le correnti elettriche questa condizione morbosa, a interrompere l'accesso epilettico, o a mitigarlo. — La patologia del nervo simpatico e dei nervi vasomotori si sta ora componendo sopra fatti molto curiosi e importanti, mercè gli studi dei signori Eulenburg, Guttmann, Bordier Wagner e altri (1), e sopra l'esperienze fisiologiche dei Professori Schiff e Bernard; e sebbene abbia ancora molti punti oscuri, tuttavia io credo che possa un tale acquisto stimarsi quale uno dei più importanti della medicina moderna. — Il fatto che io addussi è ragionevole interpretare come una nevrosi vascolare, a cui si collegava un accesso isterico.

Dopo aver somministrato internamente e fatto inspirare l'etere e la tintura eterea di valeriana con poco vantaggio dell'ammalata, *consigliai il bromuro di potassio, da prendersi ogni mattina alla dose circa di un grammo;* e dal primo giorno che ha impreso questa cura ad oggi, non vi sono state più che minaccie del solito male, com'è a dire pizzicore del naso e qualche starnuto, che subito vengono domate da una dose del rimedio fuori della consueta. È tanto immediato l'effetto, e tanto palese, che la Signora non lascia mai di tener con sè la medicina e di usarla a tempo.

La singolarità del fatto e l'utilità del medicamento mi è sembrato che meritasse questa breve comunicazione.

Bologna 10 Settembre 1870.

(1) Wiener medizinische Presse, 1870, N. 1.

(1) Eulenburg und Guttmann. Die Pathologie des Sympaticus. Arch. für Psychiatr. 1868. — Eulenburg und Landois. Die vasomotorischen Neurosen. Wiener med. Wochenschr. 1868. — Guttmann. Zur Casuistik der vasomotorischen Neurosen. Estratto dal Berliner Wochenschrift 1868. — Bordier. Des nerv. vaso-moteurs. These. Paris 1868. — E. Wagner. Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Kenntnis der Gefässnerven. Arch. der Heilkunde 1870.

L'ottalmoscopio nella alienazione mentale, nella epilessia, nella pellagra

OSSERVAZIONI RACCOLTE

DAL

Dott. AUGUSTO TEBALDI

Docente di Psichiatria nella R. Università di Padova.

(Continuazione e fine, vedi il N. 7 e 8).

Nella tavola seguente furono raccolte le osservazioni ottalmoscopiche, che furono istituite in infermi di varie forme di alienazione mentale.

Digitized by Google

TAVOLA QUARTA

Forme varie di alienazione mentale.

Numero progressivo	Nome e Patria	Età	Forma e fenomenologia	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
I.	Giov. Bellin Padova	32	Stupore, amnesia. Ipertrofia del fegato; rallentato circolo venoso.	D. S.	Papilla irregolare; vasi numerosi, ma trasparenti; coroidea pallida.		P.
II.	. . . . . Padova	20	Melancolia improvvisa per patema.	D. S.	Suffusione papillare; vasi venosi dilatati.		P.
III.	. . . . . Padova	30	Ipocondria ereditaria.		Normale.		N.
IV.	. . . . . Padova	60	Mania cronica; delirio sistemato.	D. S.	Suffusione papillare.		P.
V.	. . . . . Padova	52	Mania cronica; intercorrenti esaltamenti.	D. S.	Suffusione papillare; vasi numerosi e sviluppati.		P.
VI.	. . . . . Venezia	30	Mania isterica; esaltamento maniaco.	S.	Leggiera iperemia papillare; del resto normale.		N.
VII.	. . . . . Venezia	40	Cloro-anemia. Allucinazioni della vista; esaltamento ricorrente.	S.	Vascolarizzazione ricca; arterie di volume aumentato, benchè trasparenti. Papilla normale.	Il fondo oculare accenna ad iperemia, in individuo pure povero di sangue. Lo stato generale consigliava i ricostituenti, lo stato del cervello i derivativi. Con tale cura mista guarì.	P.
VIII.	. . . . . Venezia	60	Ipocondria con esaltamenti intermittenti. Forma ereditaria.	S.	Leggiera iperemia della papilla.		N.
IX.	. . . . . Verona	27	Delirio affettivo; allucinazioni viscerali.	D. S.	Normale.		N.
X.	. . . . . Verona	30	Iperemia cerebrale ricorrente. Delirio maniaco, gesticolazioni.	D. S.	Iperemia e suffusione della papilla; vasi minimi numerosi, raggiati.		P.
XI.	. . . . . Verona	24	Idroemia; delirio depressivo.	D. S.	Anemia della papilla.		P.
XII.	. . . . . Verona	27	Mania; delirio espansivo.	D. S.	Leggiera iperemia papillare.		P.
XIII.	. . . . . Verona	29	Delirio caottico con gesticolazioni.	D. S.	Normale.		N.
XIV.	. . . . . Verona	21	Prostrazione per abuso di coito. Iperestesia; allucinazioni dell'udito.	D. S.	Anemia della papilla. Vasi trasparenti. Fondo oculare pallido.		P.
XV.	. . . . . Verona	32	Imbecillità consecutiva ad infezione sifilitica, con esiti di osteite e tofi sifilitici. Esaltamenti ricorrenti.	D. S.	Papilla suffusa; vasi ingrossati nell'occhio sinistro, a destra della papilla essudati sifilitici. Vasi vorticosi pronunciati. Sinechia dell'iride nell'occhio destro per pregressa irite sifilitica. Visione ambliopica.		P.
XVI.	Pasquero Pietro Padova	30	Delirio acuto. Allucinato accolto estenuato per lungo digiuno e viaggio. Iperemia cerebrale, che scomparve rapida con cura derivativa.	D. S.	Normale.		N.
XVII.	Nonato Ant.° Padova	35	Anemia. Esaltamento, con iperestesia.	D. S.	Coroidea pallidissima; anemica la papilla; vasi sottili, trasparenti; i venosi retti.		P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Nome e Patria	Età	Forma e Fenomenologia	Occhi osservati D. S.	Reperto ottalmoscopico	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
XVIII.	Antonia D. Verona	44	Emaciazione. Diarrea cronica. Paresi degli arti inferiori. Delirio depressivo.	D. S.	Dilatazione dei vasi venosi, che si presentano varicosi. Papilla ed arterie normali.		P.
XIX.	. . . . . Padova	51	Mania cronica. Panofobia.	D. S.	Vasi numerosi. Deformazione fisiologica congenita della papilla. Pigmentazione peripapillare.		P.
XX.	. . . . . Padova	42	Mania cronica. Delirio caottico. Cleptomania.	D. S.	Vasi numerosi. Irregolare la papilla; vasi venosi ingrossati al bordo papillare; escavazione fisiologica papillare.		P.
XXI.	. . . . . Padova	24	Iperemia cerebrale. Delirio espansivo, idee di invenzioni. Guarì in due mesi.	D. S.	Leggiera iperemia della papilla.		N.
XXII.	Angelo Buson Padova	46	Raptus melanconicus. Accessi di furore violentissimi, che seguivano patemi d'animo. Recidivo.	D.	Vascolarizzazione retinica ricchissima, a gomiti, varicosa. I vasi vorticosi molto pronunciati. Papilla fortemente suffusa.		P.
XXIII.	Salute X. Padova	24	Isterismo, ricorrenti accessi di ninfomania. Amenorroica, pallida; polso ordinariamente sottile, lento.	D. S.	Fondo oculare roseo. Papilla a contorni netti, rosea; molti vasi capillari, sviluppati i maggiori.	Segni di iperemia cerebrale in individuo pur leggermente anemico.	P.
XXIV.	Tognazzi M. Padova	26	Sovraeccitazione cerebrale per patemi. Tentato suicidio.	D. S.	Normale.		N.
XXV.	Trento L. Padova	20	Forma ereditaria impulsiva.	D. S.	Suffusione capillare della papilla. Vasi numerosi iniettati.		P.
XXVI.	Bussolo D. Padova	61	Mania cronica con delirio ristretto, prossimo a demenza.	D.	Papilla rosea, sprovvista di vasi; leggiera atrofia coroideale periferica. Vasi retinici scarsi, appena visibili gli arteriosi.		P.
XXVII.	. . . . . Padova	31	Sopraeccitazione cerebrale; delirio di grandezza ed espansivo. Fu transitorio.	D. S.	Iperemia coroideale. Suffusione capillare della papilla.	Forma elementare congestiva.	P.
XXVIII.	Gelmetti G. Padova	40	Mania cronica. Delirio di grandezza.	D. S.	Vasi sviluppati. Suffusione capillare della papilla. Varicosità dei vasi.		P.
XXIX.	Donati F. Padova	32	Mania. Delirio espansivo. Accessi di esaltamento.	D. S.	Suffusione papillare. Vasi turgidi. Vasi minori numerosi, che sortono dalla polpa nervosa.		P.
XXX.	Stoppato C. Padova	20	Follia morale; intelligenza non molto sviluppata. Vagabondaggio.	D. S.	Normale.		N.
XXXI.	Bartessa G. Padova	19	Follia morale. Semplicità, mancanza del senso di pudore, facilità agli atti osceni in pubblico.	D. S.	Normale.		N.
XXXII.	Salivo Angelo Padova	31	Sovraeccitazione cerebrale, con caratteri maniaci, per veglie prolungate nei campi, e deplezioni sanguigne generose..	D. S.	Prima osservazione: anemici i vasi della papilla, fondo dell'occhio pallido. Seconda osservazione 25 giorni dopo: irrorazione sanguigna normale, papilla rosea.	L'ottalmoscopio constata in questo caso la vera condizione cerebrale, che sostiene il disordine funzionale.	P.
XXXIII.	Bardoni Padova	19	Mania che data da un mese; disordine mentale con atti impulsivi pericolosi.	D. S.	Iperemia leggiera della papilla in ambo gli occhi.		P.
XXXIV.	Sorgato Luigia Padova	38	Mania puerperale emorragica; condizione d'anemia con sovraeccitazione.	D. S.	Fondo oculare pallidissimo, vasi centrali esili.		P.
XXXV.	Polidoro Padova	22	Mania a forma cronica, delirio sistemato.	D. S.	Suffusione papillare; vasi venosi grossi, tortuosi, e varicosi al centro papillare.		P.
XXXVI.	Felloni Ferrara	30	Imbecillità consecutiva a mania acuta.	D. S.	Papilla rosea. Vasi capillari piccoli, pressochè normali.		N.
XXXVII.	. . . . . Padova	58	Sovraeccitazione cerebrale, con iperemia cerebrale.	D. S.	Iperemia papillare ricchissima in ambo gli occhi.		P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Nome e Patria	Età	Forma e fenomenologia	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
XXXVIII.	. . . . . Padova	20	Stupore con allucinazioni dell'udito. Individuo pallido, sospetto di masturbazione.	D. S.	Bordo della papilla destra rossigno, come per perinevrite. Vasi capillari molti e sviluppati. Occhio sinistro ugual condizione, minore l'iperemia.		P.
XXXIX.	Bargnini Padova	40	Delirio acuto dietro forte spavento. Durò dodici ore soltanto.	D. S.	Normale.		N.
XL.	Zanella G. Padova	38	Mania cronica ereditaria. Delirio sistemato di grandezza.	D. S.	Normale.		N.
XLI.	Deonigo Al. Padova	42	Congestione cerebrale con pregressi insulti emorragici. Indebolimento mentale.	D. S.	Sviluppatissimi i vasi venosi del fondo oculare.		P.
XLII.	Vedova G. Padova	22	Accessi ricorrenti di stupore con gesticolazioni e convulsioni cloniche. Nevrosismo collegato probabilmente ad affezione del gran simpatico. Leucocitemia.	D. S.	Anemia della papilla. Vasi esilissimi, trasparenti.		P.
XLIII.	Salmaso G. Padova	30	Forma congestiva. Stupore con delirio ipocondriaco.	D. S.	Papilla a contorni netti; vasi arteriosi piccoli, venosi sviluppati, numerosi, dilatati nell' entrare nella papilla.		P.
XLIV.	G. B. Padova	32	Forma congestiva. Tentato suicidio; stupore guarito rapidamente con applicazione di mignatte.	D. S.	Papilla rosea; fondo oculare leggermente iniettato.		N.
XLV.	Vaccari R....a Padova	60	Mania cronica impulsiva. Tendenza irresistibile al suicidio.	D. S.	Iniezione capillare retinica. Vasi venosi numerosissimi, coroideali sviluppati.		P.
XLVI.	Ferreri Michele Padova	41	Sofferse febbri reumatiche. Forma depressiva, ma collerico stizzoso per intercorrenti esaltamenti.	D. S.	Enorme dilatazione dei vasi venosi, retti; bordi papillari indistinti; atrofia retinico-coroideale.	Forma recente.	P.
XLVII.	Zanella Giovanni Padova	47	Mania cronica intermittente. Delirio di grandezza.	D. S.	Papilla suffusa; vasi venosi numerosi e contorti; il bordo papillare per qualche tratto si confonde per l'iniezione col fondo oculare.		P.
XLVIII.	Gabrieli Lorenzo	40	Forma congestiva, con intermittente esaltamento maniaco.	D. S.	Vasi venosi molti, ed affluenti a raggio al bordo papillare. Papilla grigiastra, bordi indistinti.		P.
XLIX.	Zandaval F. Verona	51	Mania cronica con intermittente esaltamento. Espansivo.	D. S.	Papilla suffusa; vasi tortuosi e numerosi.	Assai simili alla immagine della Osservazione XLVI.	P.
L.	Zanutto Giov. Padova	27	Delirio maniaco. Forma d'iperemia cerebrale ricorrente. Recidivo per la terza volta.	D. S.	Iperemia papillare. La pupilla si confonde colla coroidea per la vascolarizzazione ricca. Vasi tortuosi.	Analogo aspetto dell'antecedente Osservazione.	P.
LI.	Bertolini Gius. Padova	47	Stupore consecutivo a febbri reumatiche. Pregresse affezioni acute cerebrali.	S.	Vascolarizzazione normale. Papilla rosea, deformata superiormente per essudato grigiastro.		P.
LII.	Bertolini Pietro Padova	62	Demenza acuta. Delirio alcoolico. Ateroma arterioso.	S.	Pochi vasi venosi, ma molto sviluppati. Vasi arteriosi piccoli. Alterazione poco palese.		N.
LIII.	Righetti Giu. Padova	27	Delirio acuto con allucinazioni acustiche. Mobilità.	D. S.	Vasi numerosi, calibro normale; molti capillari venosi entrano in relazione del bordo papillare. Coroidea normale.		P.
LIV.	Paganini A. Padova	52	Mania. Delirio di grandezza. Pregresse affezioni cerebrali.	D. S.	Papilla iperemica. Vasi venosi numerosi e tortuosi. Marcati bordi papillari. Vasi coroideali sviluppati.		P.
LV.	Carnio Marino Padova	61	Mania congestiva cronica. Delirio fastoso. È letterato sommo, scrive versi.	D. S.	Papille suffuse. Vasi venosi molti, suddivisi, tortuosi. Indistinto bordo papillare per iniezione uniforme.		P.

Digitized by Google

Numero progressivo	Nome e Patria	Età	Forma e fenomenologia	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
LVI.	Rap. Firenze	45	Monomania, delirio di persecuzione.	D. S.	Normale.		N.
LVII.	Berlina Firenze	33	Da 5 anni con delirio fastoso, ma circoscritto; leggieri fenomeni paralitici. Pupille uguali.	D. S.	Papille suffuse; la destra con deformazione congenita, la sinistra molto vascolarizzata.		P.
LVIII.	Dovacco G. Firenze	45	Affetto un anno prima da apoplessia; emiplegia destra consecutiva. Delirio generale di grandezza. Paresi agli arti inferiori, pupille uguali. Non balbetta.	D. S.	Suffusione intensa delle papille, che si confondono col fondo coroideale.		P.
LIX.	Piccioli Firenze	50	Preceduti assalti apopletici. Di professione bronzista. Paresi agli arti, delirio di grandezza.	D. S.	Vasi coroideali iniettati; papilla pallida, bigia; vasi piccoli, contorni netti. Periodo iniziale di atrofia papillare.		P.
LX.	Cipolli Bologna	27	Oste. Forma da prima apopletica; seguì paresi agli arti inferiori con imbecillità progressiva.	D. S.	Atrofia papillare nell'occhio destro, con deformazioni della papilla. Vasi numerosi, frai quali alcuni varicosi.		P.
LXI.	N. Verona	31	Delirio acuto. Irascibile. Pregresse iperemie cerebrali.	D. S.	Iperemia del fondo oculare e suffusione della papilla.		P.
LXII.	Innocenti E....a Firenze	30	Paralisi, con tremori ai muscoli facciali ed alla lingua. Indebolimento mentale. Iperemie cerebrali, probabilmente emorragiche.	D. S.	Iperemia papillare bilaterale. I bordi della papilla destra si confondono per un ugual rossore di essa e dei vasi coroideali.		P.
LXIII.	Valenti T. Venezia	89	Demenza senile.	D. S.	Atrofia della papilla, con escavazione probabilmente congenita. Vasi piccoli e pochi.		P.
LXIV.	X. Venezia	73	Demenza paralitica, con delirio espansivo.	D. S.	Iperemia papillare considerevole, bordo superiore della papilla con cerchiello pigmentoso; vasi retinici pronunciati e tortuosi. Pupille disuguali.		P.
LXV.	X. Venezia	37	Demenza acuta per infezione sifilitica, con paraplegia faciale.	D. S.	Escavazione atrofica papillare al lato interno, vasi tortuosi sui bordi della escavazione; iniezione al lato esterno pronunciata. Pupilla destra più dilatata.		P.
LXVI.	X. Venezia	65	Demenza paralitica, con delirio ristretto.	D. S.	Papilla normale. Vasi abbastanza numerosi, un poco piccoli		N.
LXVII.	Capecchi Firenze	49	Demenza acuta, con fenomeni paralitici. Malato da un mese.	D. S.	Vascolarizzazione venosa considerevole. Papilla sbiadita, continuandosi con una zona pallida della retina. Pupilla destra meno dilatata.		P.
LXVIII.	Casanova R...a Firenze	38	Paralitica da due anni; non ha delirio fastoso. Precedettero forti cefalee. Indebolimento cerebrale, con caratteri di demenza.	D. S.	Iperemia papillare. Vasi dilatati e tortuosi.		P.
LXIX.	Fiscata A. Padova	56	Maniaca cronica; delirio sistemato.	D. S.	Papille iperemiche; vasi venosi sviluppati, tortuosi, varicosi.		P.
LXX.	Busnardo S. Padova	26	Microcefalia, assimetria delle ossa facciali; intelligenza sufficiente; idee religiose abituali; si mutilò le orecchie per inspirazione superiore.	D. S.	Normale.		N.

Digitized by Google

Numero progressivo	Nome e Patria	Età	Forma e fenomenologia	Occhi osservati D. o S.	Reperto ottalmoscopico	Osservazioni	Risultato positivo o negativo
LXXI.	Rostin Pietro Padova	56	Nevrosi ereditaria; melancolie pertinaci, allucinazioni con delirio di persecuzione.	D. S.	Normale.		N.
LXXII.	V. Luigi Venezia	20	Idiotismo congenito.	D. S.	Atrofia parziale coroideale, con anemia retinica.		P.
LXXIII.	N. Venezia	30	Idiotismo congenito.	D. S.	Spostamento circoscritto di pigmento. Papilla normale; vasi di diametro piccolissimo.		P.
LXXIV.	Righetti Padova	32	Idiotismo per idrocefalo infantile.	D. S.	Contorni della papilla sfumati; escavazione fisiologica. Vasi retinici sottili, i coroideali rosei.		P.
LXXV.	X. Padova	15	Idiotismo congenito. Microcefalia, prognatismo.	D. S.	Papilla bianco-perlacea; pallida la coroidea; ambliopia.		P.
LXXVI.	X. Verona	40	Mania ebbriosa, fenomeni gravi congestivi.	D. S.	Papille normali; vasi venosi assai congesti, varicosi, gozzuti.		P.
LXXVII.	Y. Verona	39	Bevitore, in uno stato continuo di stupore, con tremori nelle mani e nella lingua.	D. S.	Iperemia papillare; vasi coroideali congesti, vene assai dilatate.		P.
LXXVIII.	Voltan Padova	41	Alcoolismo, con fenomeni di furore intercorrenti.	D. S.	Vasi capillari artero-venosi retinici numerosissimi; papilla roseo-carica.		P.
LXXIX.	Boron Antonio Padova	28	Alcoolismo, recidivo.	D. S.	Vasi capillari artero-venosi della retina numerosi; coroidea pallida.		P.
LXXX.	Masiero Padova	32	Alcoolismo, con accessi ricorrenti di carattere congestivo.	D. S.	Fondo coroideale normale; papilla iperemica, vasi arteriosi iniettati (1).		P.

(1) Non venne fatto cenno dell'acuità di visione nelle osservazioni ottalmoscopiche contenute in tutte le precedenti tavole, registrando soltanto le condizioni anormali.

Digitized by Google

Considerazioni.

Nelle Tavole precedenti io cercai unire in gruppi casi di forme diverse di alienazione, onde ne sortisse qualche utile deduzione. Molti osservatori non praticarono questa ripartizione, perciò abbiamo pochi risultati pratici. Il Ludwig in Germania suddivise i soggetti osservati in malati acuti, cronici e periodici, ed in due malati di quest'ultima forma potè constatare, come all'esplodere del parossismo si determini una iperemia crescente, che si constatava per una viva iniezione capillare nella parte superiore interna della papilla (1). Il Wendt ad Halles esaminò 150 malati con un successo assai poco ragguardevole. Nel 1868, in un lavoro sull'atrofia del nervo ottico negli alienati, riscontrò otto casi d'atrofia in malati sempre incurabili, fatto questo che mi pare di molto interesse (2).

Il Köstl ed il Niemetschek su 142 malati, oltre un numero grande di affezioni congenite, trovarono 6 casi di dilatazione delle vene per impedito regresso del sangue, 60 volte impedito afflusso sanguigno per restringimento delle arterie centrali, in accordo con processi morbosi diagnosticati, 8 casi di anemia dei nervi ottici, ed in 2 casi di anemia con allucinazioni visive erano le sole membrane del bulbo in palese anemia (3).

Con più riguardo alle forme diede l'Albutt le sue osservazioni, delle quali ecco il responso ultimo:

Per la mania conchiuse:

1.° Che l'ottalmoscopio scopre dei cambiamenti sintomatici in un numero grande dei casi di mania;

2.° Che questi sono comunissimi, dove esistono altri segni di malattia organica, e sembra che non infrequentemente dipendano da meningite;

3.° Che dopo un parossismo di mania resta una paralisi dei vasi sanguigni nei dischi intorno a questi, la quale produce manifesta iperemia;

4.° Che durante il parossismo vi è, forse, spasmo di questi vasi, siccome è stato dimostrato da un caso;

5.° Che i cambiamenti permanenti sono quelli di stasi, di atrofia consecutiva, di semplice atrofia o di un carattere misto.

Per la demenza, in 38 casi, 23 volte risultato positivo, 6 dubbioso, 9 normale. Nella demenza semplice acuta non crede avvengano cambiamenti ottici di sorta.

Nella melancolia e monomania, sopra 17 casi ebbe 3 volte risultato positivo; trovò frequentemente l'anemia della retina.

(1) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XIII, 1856.
(2) Ibidem, Band XXV, 1868.
(3) loc. cit.

Nell'idiotismo trovò l'atrofia manifesta 5 volte sopra 12 (1).

Il nostro Monti su 47 casi di mania ebbe solo in 13 risultato negativo; la dilatazione ed iniezione retinica sierosa, l'iperemia papillare e peripapillare furono le alterazioni riscontrate nel restante dei casi. Non altrimenti nella melancolia, nella quale riscontrò però 12 volte in 44 l'infiltrazione sierosa papillare. Risultati più positivi ebbe nella demenza; in 90 casi di demenza semplice solo 21 non rivelarono alterazione; l'infiltrazione papillare esisteva in 37 casi, uno fra questi osservato in un accesso apoplettiforme, riscontrandosi dopo morte gli esiti di essudazioni sierose e spandimenti sanguigni inframeningeali. In un caso di demenza paralitica per ematoma constatossi la varicosità dei vasi retinici e papillari, ed a destra una cataratta, alterazioni le prime con maggior certezza in stretto rapporto coll'inceppamento di circolo cagionato dal tumore. Oltre questa importante osservazione altre ne riferisce nel suo lavoro (2).

Io raccolsi 80 osservazioni nel vasto campo delle alienazioni, e da esse potremo dedurre qualche utile corollario, se alle speciali ed analoghe alterazioni del fondo oculare vedremo corrispondere speciali forme.

Sopra 80 osservazioni troviamo, che 19 diedero un reperto negativo; ed in queste ultime abbiamo forme ereditarie, un delirio passaggiero, follie morali o impulsive, nevrosi trasformate, isteria specialmente; in queste forme adunque l'ottalmoscopio darà poco aiuto alla diagnostica, ed invece accerterà il disordine funzionale, ancorchè rilevante, essere accompagnato da poca o nessuna alterazione di circolo o di nutrizione cerebrale; ed a vero dire, è in queste forme che abbiamo la lunga durata e la facile recidività del morbo, e le insignificanti alterazioni patologiche nei centri nervosi. Sono esempi di queste forme i casi riferiti ai numeri XIII, XXX, XXXI, XXXIX, XL, LVI.

Nelle restanti osservazioni abbiamo alcune alterazioni, che si lasciano facilmente raggruppare per salienti analogie, e di esse ne designeremo qui i gruppi più importanti.

Abbiamo la iperemia della papilla, la dilatazione dei vasi arteriosi, specialmente nei casi X, XXXIII, XXXVII, L, LXI, i quali corrispondono a deliri acuti, a manie acute e transitorie, forme nelle quali l'iperemia cerebrale può essere la condizione morbosa, benchè essa non sia la sola, e perciò nemmeno la costante. Abbiamo visto più sopra le manie impulsive, ereditarie, isteriche, non presentar questo sintoma, ma ciò non contraddice nè al fatto clinico, che molte volte la so-

(1) loc. cit.
(2) Monti, loc. cit.

Digitized by Google

vraeccitazione maniaca è idiopatica al sistema nervoso per una alterazione sui generis, che non porta alterazione di circolo, — nè toglie d'altra parte valore al mezzo diagnostico, di cui si occupiamo, se egli ci serve a collegare l'esaltamento maniaco colla condizione iperemica cerebrale, che alle volte lo sostiene.

Una alterazione consecutiva all' iperemia, e a volte dipendente da altre cagioni, che impediscono il facile ritorno del sangue venoso, è quella della congestione venosa, che l'ottalmoscopio accusa con uno stato di stasi venosa retinica e di dilatazione dei vasi, nel farsi i minimi molto visibili, i maggiori gozzuti, tortuosi; questa alterazione abbiamo noi nei casi al numero II, XVIII, XXII, XXVIII, XXXV, XLVII, XLIX, LIV, LV, LXIV, LXVIII, LXIX, ed a questi troviamo corrispondere le forme di demenza con o senza paralisi, di mania cronica, di stupore. La dilatazione dei vasi venosi è infatti la conseguenza morbosa necessaria dei processi infiammatori, dei morbi che si ripetono a brevi periodi in speciali organi o tessuti, e perfino della più fisiologica delle malattie, la senilità, per cui l' esame ottalmoscopico non può che confermare questi fatti clinici, come li ha confermato nel campo della pellagra e della stessa paralisi generale.

Senza conoscere l'ammalato, che si ha in esame, quando riconosciamo nel fondo oculare una congestione venosa, accompagnata da varicosità, tortuosità, dilatazione dei vasi, si può giudicare trattarsi di caso o recidivo o di vecchia data o cronico; di raro io mi trovai contraddetto in simile giudizio.

Tale segno ottalmoscopico accompagna pure alcune forme di congestioni, specialmente se emorragiche; ma con esse è pure frequente l' alterazione della papilla, per sviluppo enorme dei vasi capillari, o suffusione, come nei casi ai numeri LVIII, LIX, LXII, LX; suffusione od iperangesia, come la dice il Bouchut, che esprimerebbe o l'aumento del quantum di sangue, che perviene al cervello, ovvero l' impulso accresciuto nei capillari, ovvero l'inceppato circolo per piccoli focolai emorragici, a seconda della natura dell' affezione; suffusione che può in alcune condizioni precedere un processo di atrofia papillare, come più specialmente nel caso al numero LIX.

Per alcune speciali forme pare l' alterazione del fondo oculare aver caratteri abbastanza particolari e costanti. Così nell' idiotismo vediamo la circolazione retino-coroideale molto scarsa, vasi esili, denutrizione della coroidea, della stessa papilla, come nei quattro casi presentati verso la fine della Tavola, dal LXXII al LXXV, concordando con quanto trovò l'Albutt, l' atrofia, cioè, manifesta 5 volte sopra 12.

Nell' alcoolismo e nei casi di abitudinè inveterata alle bibite inebbrianti, senza fenomeni gravi di delirium tremens, pare che il sistema vascolare si risenta dello stato di congestione provocato frequentemente, ed il fondo oculare ci rivela frequenti iperemie artero-venose, le dilatazioni venose, e nei casi più gravi la varicosità di esse vene, la loro tortuosità; ciò ci dimostrano i 5 casi, che stanno alla fine della presente Tavola, nè ciò contraddice invero alla condizione anatomo-patologica del cervello nei casi di alcoolismo cronico.

Alcune alterazioni per causa specifica si riflettono nel fondo oculare per prodotti analoghi a quelli che si hanno nel cervello; così una infezione sifilitica cerebrale si rivela nell'occhio per i cambiamenti, che succedono alla irite sifilitica, alla nevrite; un solo, ma pur bell' esemplare, lo abbiamo al numero XV della Tavola.

In tutti i casi sopraddescritti l' ottalmoscopio può giovare nella diagnosi delle malattie cerebrali, ma in nessuno quanto allora che per esso abbiamo la conoscenza della condizione vera cerebrale, che sostiene un dato quadro fenomenologico, comune a molte condizioni, alle volte contrarie. Questo avviene nei casi di esaltamento maniaco o sovraeccitazione cerebrale allo stato acuto. Noi possiamo avere delirio di esaltamento, con analoghi e pressochè identici caratteri, sia per una sovraeccitazione del sistema nervoso del tutto idiopatica, sia per consenso o riflesso, senza alterazione di sorta del circolo, come nei deliri simpatici della verminazione, dell' isteria, *infine* per due contrarie alterazioni del circolo, per iperemia, cioè, e per anemia.

Questa diagnosi differenziale è della massima importanza, ed il trascurarla, come fecero e fanno molti medici, è del massimo danno; ne sieno prova i molti casi in cui, supponendo sempre una flussione sanguigna cerebrale, quando vi ha disordine funzionale per eccesso, si ricorre alla depleziòne sanguigna, che aggrava il morbo, e la si ripete, compiacendoci della calma che si ottiene, le più volte letale. Non vi è statistica di manicomio, che non presenti ancora oggidì ragguardevole numero di tali vittime, nella somma dei curati e dei decessi. Noi abbiamo al numero XXXII il caso di un contadino, che dopo veglie lunghissime per attendere al raccolto, cadde in un delirio acuto, che sarebbe scomparso con un buon ipnotico; invece gli si praticarono due salassi, ed egli sfasciò da sè stesso la allacciatura la seconda volta, e fece maggiore la perdita di sangue: il delirio acquistò i caratteri del furore, fu portato all'ospitale, e i fenomeni e l'ottalmoscopio accertarono trattarsi di anemia cerebrale, che guarì colla cura addatta, uscendo dopo un mese di soggiorno. Questi casi sono tutt' altro che infrequenti. Al numero VII abbiamo una malata affetta da cloro-anemia, con ricorrente esaltamento; l' ottalmoscopio ci mostra nullameno uno stato iperemico del fondo oculare, molto pro-

Digitized by Google

babilmente perciò anche del cervello, che con una cura mista rivulsiva e ricostituente guarì in breve tempo. Al numero XLII v' ha il caso di una sovraeccitazione cerebrale simpatica, e l'ottalmoscopio depone per una scarsa ematosi, condizione generale che si scorgeva nel malato.

In questi casi, in cui un analogo disordine funzionale è contingente a condizioni morbose differenti, l' ottalmoscopio è mezzo prezioso per condurre ad una diagnosi differenziale; si può dire, che alcune volte la diagnosi è fatta dal solo ottalmoscopio, come sarebbe nel secondo dei tre casi sopraddescritti, il numero VII; ed è quindi in analoghe circostanze, che credo l' esame del fondo oculare trovi la più necessaria e proficua sua indicazione.

Da quanto precede possiamo dedurre:

1.° — Essere nelle follie impulsive, ereditarie, isteriche, il reperto ottalmoscopico pressochè sempre nullo;

2.° — Nella mania acuta idiopatica rare le alterazioni del fondo oculare; altre volte per l'ottalmoscopio riconosciamo la mania acuta essere sostenuta da iperemia cerebrale o da anemia: non altrimenti pel delirio acuto;

3.° — Lo stato di congestione venosa del fondo oculare essere collegato all' iperemia, o allo stato congestivo cerebrale, o congestivo emorragico; l 'atrofia della papilla iniziarsi molte volte con quest' ultima maniera;

4.° — La dilatazione dei vasi venosi, la loro varicosità, tortuosità, collegarsi al processo morboso delle condizioni croniche, o recidive, o di lunga durata;

5.° — Nella idiozia la esilità dei vasi, e l'atrofia consecutiva ad una scarsa nutrizione della papilla essere il frequente disordine;

6.° — Nell' alcoolismo cronico l' iperemia precedere lo stato di stasi venosa del fondo oculare;

7.° — Finalmente, per l' ottalmoscopio poter noi agevolare la diagnosi differenziale in quegli stati di sovraeccitazione cerebrale, che possono essere sostenuti da condizioni morbose opposte, quali iperemia e anemia, irritazione cerebrale idiopatica e simpatica.

Conclusioni generali.

La convinzione, cui arriverà chiunque abbia tenuto dietro a questo studio, non sarà certo diversa da quella, che insorse nel suo autore: doversi l' ottalmoscopio annoverare fra i più preziosi mezzi diagnostici delle malattie cerebrali, ma nell' ugual tempo essere mezzo da usarne colla più stretta logica dell' esperimento, col più fino criterio dell' arte diagnostica.

Il maneggio dell' ottalmoscopio, la conoscenza dei mutamenti del fondo oculare, e la loro relazione coi processi morbosi cerebrali, che possono indurli, il ripetere l' osservazione più volte, l'esaminare entrambi gli occhi, il controllare molte volte l' osservazione coi colleghi, devono essere regole non dimenticate da chi intraprende simile studio.

Dappoichè l'ottalmoscopio fornisce un mezzo alla diagnosi, non deve essere questo altrimenti considerato che qualsiasi altro, quindi la più stretta osservanza delle regole diagnostiche, e fra queste due principali rammenterò:

Riconosciute date alterazioni, si deve constatare se esse dipendano da processi diversi da quelli, che noi abbiamo nel pensiero di collegare con esse alterazioni, e così, come vedemmo, discernere se le alterazioni oculari trovate dipendano da processi morbosi del bulbo o dell' orbita.

La seconda regola è di non tralasciare la considerazione di tutti gli altri sintomi, per riconoscere se concordano nella significanza di una data forma morbosa. Nello studio ottalmoscopico delle malattie cerebrali niuno omise questa avvertenza, ed il Graefe e il Galezowski non la dimenticarono, ed il Bouchut con molta opportunità spesso la ricorda; fra l' altre volte egli dice a pagina 40 « Tous ces phenoménes ont besoin d' être reunis aux autres symptômes de la maladie, qu' on observe, et c' est en tenant un compte attentif de la succession des accidents, de leur cause, de leur enchaînement et de l' apparition des lésions oculaires constatées par l'observation et l' opthalmoscope, qu' on peut espérer d' arriver a un diagnostic précis. C' est par l'ensemble qu' ils prennent de la valeur... »

L' uso poi dell'ottalmoscopio, fatto più abituale agli alienisti, accrescerà il suo valore, e così contribuirà alla più esatta conoscenza delle condizioni morbose nella alienazione.

Lo studio precedente può dar ragione di una statistica così varia nei risultati di osservazioni ottalmoscopiche presentate da vari autori; questa si spiega colla varietà delle forme prescelte, e col periodo differente d' osservazione in date forme, il cui processo, differenziando nel tempo di decorso, ha non pertanto una evoluzione costante, segnata dal succedersi di momenti distinti, quale la paralisi generale.

Noi abbiamo visto il perchè in alcune forme non v' ha disordine istrumentale grave, e ciò abbiamo con una nuova prova constatato per alterazioni propriamente idiopatiche del sistema nervoso, cui il centro pensante naturalmente compartecipa in modo assai vivo, — tali l' isteria, le forme ereditarie, le impulsive.

E qui cade in acconcio notare, come faccia meraviglia, che disordini materiali di spesso tanto manifesti, riscontrati nella papilla e nel fondo oculare degli alienati, non inducano sempre un corrispondente disordine funzionale.

Per tali osservazioni ottalmoscopiche abbiamo

Digitized by Google

così la prova di quel vero della patologia cerebrale, aversi pel cervello, a differenza che per altri organi, gravissimi disordini funzionali con insignificanti alterazioni istrumentali, ciò che proviamo ancora al tavolo anatomico; mentre non abbiamo l'inversa, cioè gravi alterazioni di materia con minime funzionali, e questo sempre nel campo delle alienazioni, non volendo invadere il campo chirurgico, dove hannovi eccezioni meravigliose.

Ammetto per brevità le molte altre considerazioni, che potrei fare, lasciando agio al dotto lettore di argomentare in proposito.

Fra i miei lettori alcuni avranno impresi analoghi studi, altri ne saranno del tutto digiuni; ai primi si raccomanderà il mio lavoro, perchè raccolto per quella scabra via, che conoscono; ai secondi sarò ben felice possa essere stimolo a cogliere sulla stessa una più larga messe.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Lewizki. — *Sull' influenza del solfato di chinina sulla temperatura e sulla circolazione del sangue.* — (Virchow's Archiv, XLVII. 35). Schmidt's Jahrbücher, 7, 1870.

L' autore instituì le sue esperienze specialmente sui conigli, a cui iniettò nella vena iugulare una soluzione di chinina acidificata con acido solforico.

L' esperienza 1.ª dimostra che entro 81 minuti la temperatura (nell' ano) si abbassa lentamente da 37, 8° a 36, 6°, quando ai conigli venga iniettato ogni 6-10-15 minuti ½ grano di chinina. Introducendo più di due grani di chinina, l' animale muore per il soffermarsi dell'azione del cuore.

L' esperienza 2.ª fa conoscere, che dopo l' iniezione di una quantità di acqua acidulata con acido solforico, corrispondente alla soluzione acida di chinina, la temperatura si abbassa, ma in maniera insignificante in confronto della prima esperienza: entro 75 minuti da 38, 2 scende a 37, 8. Le soluzioni di chinino fredde producevano, anche a motivo della loro bassa temperatura, un profondo abbassamento, e però prima d' iniettarle furono riscaldate sino a 39-40°.

Dall'esperienza 3.ª risulta, che l' abbassamento della temperatura interna per l'azione del chinino accade anche involgendo l'animale nell'ovatta, quindi non può ricercarsi la causa di esso in un' aumentata sottrazione di calorico.

L' esperienza 4.ª mostra con esatte misurazioni, che per l' azione del chinino si abbassa con l' istessa porporzione tanto la temperatura esterna che interna dei conigli.

Le esperienze 5.ª e 6.ª somministrano la prova, che iniettando il chinino nei conigli, e tagliando contemporaneamente il midollo spinale, viene notevolmente affrettato l' abbassamento di temperatura. Se l'abbassamento di temperatura, che interviene dopo l' introduzione del chinino, accadesse per una dilatazione dei vasi periferici (il che era stato già prodotto con l' indicata operazione in queste esperienze), la chinina avrebbe dovuto restare senza influenza sulla temperatura. Però in un caso, dopo il taglio del midollo spinale, essa dentro 45 minuti abbassò la temperatura da 37, 8 a 36, 4°, ed in un altro, in cui fu iniettata contemporaneamente, nell' istesso tempo la portò da 37, 6 a 35, 3°.

Le esperienze indicate coi N. 3.ª, 4.ª, 5.ª e 6.ª dimostrano secondo l'autore, che l'abbassamento della temperatura, dopo l' introduzione del chinino, si origina soltanto perchè viene diminuita la produzione del calore. Questa diminuzione del calor proprio potrebbe essere occasionata per un rallentamento dell' attività cardiaca interveniente dopo preso il chinino, sia per un' azione paralizzante sull' estremità centrale del vago, sia per un' azione paralizzante sull' estremità centrale delle fibre motrici del cuore. Per altro l' azione del chinino non viene cambiata, nè quando si fa precedere all' iniezione il taglio del vago, nè quando si recide la parte superiore del midollo spinale e del simpatico del collo. L' autore conclude da ciò, che il chinino è senza azione sui centri cerebrali tanto dell' apparato motore, come del moderatore dell' attività cardiaca.

Anche sulle estremità periferiche del vago sembra che il chinino non abbia azione alcuna, poichè nell' irritazione elettrica comparativa di uno stesso tratto del vago (esper. 12.ª) si mostrava, che dopo intervenuto il ritardo nelle azioni del cuore per influenza del chinino, l' irritazione elettrica di una corrente della stessa forza produceva un eguale ritardo ed uno stesso numero delle pulsazioni, come quando veniva applicata prima che si dispiegasse l' azione del chinino.

Sulle terminazioni periferiche dei nervi motori del cuore sembra pure che il chinino non abbia azione alcuna, poichè l' esperienza 13.ª dimostra, che dopo tagliato il midollo spinale, il vago ed il simpatico del collo (mantenendo artificialmente la respirazione), e dopo aver già ritardata l' attività cardiaca iniettando il chinino, si giungeva pur sempre, eccitando con la corrente costante la sezione periferica del simpatico, a produrre un acceleramento delle battute del cuore. Solo due volte non si ottenne questo risultato, a motivo dell' esaurimento del simpatico.

All' incontro l' autore ha osservato nei gatti e nei conigli, che erano stati avvelenati col chinino sino a fermare in essi completamente i moti del cuore, che questo viscere reagiva poco o niente all' irritazione elettrica, mentre tutti gli altri muscoli del corpo rispondevano molto bene a questo eccitamento. L' autore crede di poter concludere, *che il fondamento della ritardata attività cardiaca per influenza del chinino*, non essendo influenzati il vago ed il simpatico, debba ricercarsi in un' *affezione delle fibre motrici del cuore, ovvero nelle stesse fibre muscolari cardiache.*

Contemporaneamente al ritardo delle pulsazioni del cuore, l' autore dopo le iniezioni di chinino osservò anche un indebolimento dell' attività cardiaca rispetto alla contrazione, ed una diminuzione nella pressione sanguigna, il che è da considerarsi come un effetto sulle fibre nervose motrici nel cuore.

Una diretta azione del chinino sul lume dei vasi, che qui potrebbe pur trarsi in considerazione, è da escludersi, secondo l' autore, poichè egli non potette osservare alcun mutamento nei vasi, esaminando la membrana interdigitale delle rane e la retina dei gatti, che trovansi sotto l' influenza del chinino, che era stato introdotto direttamente nel sistema circolatorio.

C. B.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 10 e 11. BOLOGNA 31 Ottobre e 30 Novembre 1870.

MEMORIE ORIGINALI

IL COLLIRIO DI CHININA

NOTA

DEL

Dott. VINCENZO GOTTI

ASSISTENTE DI CLINICA OCULISTICA.

Nel fascicolo di Marzo e Aprile del corrente anno degli *Annales d'Oculistique de Bruxelles*, alla pagina 199, si trova un breve cenno di M. Nagel, nel quale è detto, che in seguito alle ricerche di Binz e di altri sul modo di agire del *chinino*, egli s'è determinato a sperimentare un nuovo collirio, composto di cloroidrato di chinina sciolto nell'acqua distillata, nelle malattie della congiuntiva e della cornea. Il Nagel aggiunge d'aver osservato parecchi casi, in cui questo medicamento ha dimostrato possedere una azione curativa assai più potente degli altri topici sin qui abitualmente usati. Accenna ai catarri cronici della congiuntiva, alle pustole scrofolose della congiuntiva e della cornea, e più particolarmente alle suppurazioni diffuse della cornea (cheratite flemmonosa). Cita un solo caso in appoggio di questa cura, relativo ad una estrazione di cateratta, in cui al terzo giorno dopo l'operazione il lembo della cornea s'era infiltrato di pus, e l'occhio era seriamente minacciato. Usato il collirio di chinina, dopo pochi giorni l'infiltrazione purulenta scompariva, e il successo della operazione era assicurato. Infine egli spiega gli effetti di questo medicamento per una azione del chinino sui corpuscoli rossi del sangue stravasato.

L'illustre oculista, del quale ho l'onore d'essere aiuto da parecchi anni, il Prof. Fràncesco Magni, sui primi dello scorso Luglio mi parlava di questo nuovo collirio, eccitandomi a provarlo nelle malattie indicate, e specialmente nella cheratite flemmonosa, come quelle che sono il più delle volte ribelli alle cure usate comunemente. Non mi mancava il materiale, su cui esperimentare il nuovo rimedio, pel numero grande dei malati, che durante i mesi dell'estate mi sono affidati nello spedale, e nel numeroso ambulatorio della clinica, più quelli della mia pratica privata. Potei pertanto sperimentare il collirio su moltissimi malati, ed apprezzarne i preziosi effetti, pei quali soltanto mi son deciso a pubblicare queste poche linee, affinchè gli oculisti possano giovarsi di questo nuovo potente rimedio, onde arrecare maggiore vantaggio all'umanità sofferente.

Citerò anzitutto le affezioni scrofolose della cornea e della congiuntiva (cherato-congiuntiviti scrofolose) scomparse in pochi giorni coll'uso del chinino, il quale in questi casi supera di gran lunga nella rapidità degli effetti gli altri colliri, che con molto vantaggio si adoperarono in queste affezioni, come il calomelanos a vapore ed il laudano. Dove però il collirio d'idroclorato di chinina ha superato ogni mia aspettazione, è stato nelle suppurazioni della cornea, spontanee o traumatiche. In questi casi i vantaggi ottenuti sono incontestabili e meravigliosi, ed alcuni di questi casi appunto, a convalidare la mia asserzione, mi propongo di narrare.

Storia 1.ª

Virginia V..... della campagna bolognese, d'anni 36, maritata con prole, fu presa da congiuntivite blennorragica comunicatale da uno della famiglia malato di blennorragia uretrale. Non curata affatto, o piuttosto curata con salassi, vescicanti, ed empiastri di mele cotte sugli occhi, metodo fortunatamente abbandonato da tutti gli specialisti, ma purtroppo anche in uso fra i medici dell'antica scuola in città, e molto più nelle campagne, la povera donna in otto giorni aveva entrambi gli occhi ridotti in condizioni deplorabili. In questo stato fu condotta alla Clinica, dove la vidi per la prima volta, e trovai una blennorrea palpebrale abbondantissima, con edema delle palpebre superiori; la cornea dell'occhio destro completamente distrutta, e tutta la iride procidente attraverso la vasta ulcera corneale; la cornea dell'occhio sinistro con un'ulcera perforante estesa a tutta la metà inferiore, insieme a procidenza dell'iride, e la parte centrale della cornea, nonchè la superiore, torbida ed infiltrata di pus. — Non pensai nemmeno alla solita medicatura col nitrato d'argento, giacchè mi sembrava troppo tardi; mi limitai a raccomandare la nettezza degli occhi, ed istillai il collirio di chinina nell'occhio sinistro, perchè nel destro, in cui la cornea era completamente distrutta, non restava altro a fare che una leggera compressione, per evitare

Digitized by Google

lo stafiloma definitivo dell'iride. Contro ogni mia aspettazione, tre giorni dopo l'infiltrazione della cornea rimasta s'era dissipata, il catarro era scomparso, e la ulcerazione tendeva a cicatrizzarsi. Continuai con coraggio, usando il collirio due ed anche tre volte al giorno, e in capo a due settimane la cicatrice dell'ulcera era abbastanza solida, da permettere di lasciare la fasciatura, che fin allora avevo sempre mantenuta, e la cornea nella metà superiore era tornata perfettamente trasparente, lasciando anche vedere il segmento superiore della pupilla, che colla iridoenclesi o colla iridectomia superiore, che eseguirò quanto prima, ridonerà alla malata una vista sufficiente per attendere ai suoi lavori abituali.

Storia 2.ª

Federico G..... di Cesena, d'anni 58, si presentava il 9 Agosto u. s. all'Ambulatorio della clinica oculistica con una cheratite flemmonosa, irite, ipopion, e sinechie posteriori all'occhio destro; il sinistro era sano. — Istillai il collirio di chinina, e dopo alcune medicature scomparve l'ipopion, e con esso il forte dolore, che tormentava l'ammalato, e la cornea riprese a poco a poco la perduta trasparenza, non restando che un piccolo leucoma centrale, che insieme alla sinechia totale posteriore rende necessaria l'operazione della pupilla artificiale, la quale senza dubbio ritornerà la completa funzione all'occhio malato.

Storia 3.ª

Virginia G..... di Bologna, d'anni 55, di condizione servente, veniva accolta nello Spedale clinico il 26 Agosto scorso per una grave congiuntivite blennorragica bilaterale, con molto edema palpebrale, e vaste e profonde ulceri corneali estese nella porzione inferiore esterna ed interna d'ambedue le cornee, dimodochè non ne restava intatto che il centro, nella porzione corrispondente alle pupille, e la parte superiore. — Le ulcerazioni corneali si estendevano rapidamente, sicchè dalla sera, in cui la malata entrava nello spedale, alla mattina successiva, quando io la vidi per la prima volta le ulcerazioni erano aumentate in estensione e profondità. Questo mi veniva riferito dall'egregio Dott. Antigone Raggi diligentissimo pro-assistente della clinica stessa. — Anche in questo caso usai subito il collirio di chinina, che feci istillare più volte al giorno. Nessuno avrebbe potuto attendersi un più brillante successo, che fu constatato anche da vari colleghi delle altre cliniche: la cicatrice delle vaste ulceri cominciò a formarsi rapidamente, tornando anche trasparente la cornea, il catarro cessò al secondo od al terzo giorno, e dopo un mese circa di cura la malata era in condizione di lasciare la spedale del tutto guarita, e colla vista perfetta da ambo gli occhi.

Storia 4.ª

Marianna R..... di Medicina, paese della Provincia di Bologna, si presentò all'Ambulatorio della clinica oculistica il 15 Agosto scorso con una cheratite flemmonosa all'occhio sinistro, ipopion, che riempiva la metà inferiore della camera acquea, e una vasta ulcera superficiale, che si estendeva su tutta la cornea, meno il segmento superiore. — Il collirio di chinina anche in questo caso corrispose pienamente, e la metà della cornea potè salvarsi, da permettermi di eseguire una pupilla artificiale, la quale ha ridonata la funzione all'occhio malato, che anche in questa disgraziata donna era l'unico rimastole, perchè il destro era completamente perduto da molti anni, forse per una identica malattia.

Di casi consimili potrei narrarne anche molti altri, ma per amore di brevità me ne astengo; questi casi però sono tutti notati nel registro dell'ambulatorio e nelle cartelle della clinica. Sono pure notate nello stesso registro moltissime guarigioni di ulcerazioni scrofolose della cornea, di pustule scrofolose della congiuntiva, guarigioni avvenute in brevissimo tempo col solo uso del collirio di chinina; per ciò ognuno potrà rilevare facilmente di quale e quanta importanza ed utilità sia l'uso di questo nuovo collirio, che spero verrà adottato da tutti i moderni oculisti. L'applicazione del collirio non è punto dolorosa, per cui non solo gli adulti, ma anche i ragazzi vi si sottomettono facilmente. La dose, di cui mi sono servito, è di 25 centigrammi in 30 grammi d'acqua distillata; e queste proporzioni ho adottate per consiglio del chiarissimo Prof. Magni, poichè nella memoria degli Annali di Oculistica, più sopra citata, non era accennata alcuna dose.

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO
Professore di Clinica delle Malattie mentali

Memoria premiata con premio d'incoraggiamento al concorso Cagnola dal R. Istituto Lombardo

(Continuazione, vedi il N. 9).

Feretti Angelo, d'anni 39, accattone, di Rivanazzaro, ebbe la nonna pazza, un cugino pella-

Digitized by Google

groso, il padre morì di una affezione acuta; fu sano fino a due anni fa, in cui provò un dispiacere per un'eredità mancata; sofferse desquammazione, diarrea in primavera, delirio in cui ora fissava di non muoversi, e stava da sei mesi ritto in piedi tutto il giorno, ora voleva che il Governo gli somministrasse il mantenimento, a cui ha diritto, dic'egli.

Robusto, assai ben nutrito, pesa chilogrammi 60, 800; testa ben conformata. Si comporta con docilità verso gli infermieri ed i medici, e presenta i sintomi di un delirio sistematizzato; per esempio, a lui che smaniava di voler andare a casa, noi promettevamo, che qualora pronunciasse il suo nome l'avressimo mandato, ed egli rispondeva che nol può, e di chiederlo al parroco ed al medico del suo paese; dandogli del vino, lo rifiutava dicendo, che prima era necessaria l'acqua, poi il vino; in tutti gli altri argomenti si mostrava sano, e l'affettività era ben conservata.

Curato a lungo coll'arsenico, non ebbe a risentirne alcuna azione. Nel Dicembre cominciò a dimagrire, e gli si manifestò diarrea ed edema agli arti: non ebbe febbre nè tosse. — All'improvviso il giorno 2 Gennaio, poche ore dopo mangiato, mostra imbarazzo della loquela, paralisi della guancia sinistra, indebolimento del polso, e muore.

Necroscopia — fatta 28 ore dopo la morte.

Nessuna putrefazione cadaverica; oscuramento di color bronzino alle mani ed all'addome ed al capezzolo della mammella, il qual ultimo è di colore quasi nero.

Capo. — Callotta ispessita, diploe ricca di sangue, con solcature per le granulazioni del Pacchioni; diametro longit. 180, trasv. 151, circonf. 540, spessore mass. 11. Il seno longitudinale contiene poco sangue fluido. La dura madre, ispessita, anemica; pia madre opacata verso il seno longitudinale; discreta raccolta di siero sotto l'aracnoide. I seni e le vene della base, pieni di coaguli neri e molli; la arteria meningea destra con un coagulo bianco, che si continua coi coaguli neri dilatati; ventricoli laterali pieni di siero. Sostanza cerebrale compatta, pallida; la corticale atrofica, scolorata; spiccate le strie acustiche; sostanza cerebellare molle; lobi posteriori del cervello un po' atrofici. Peso totale 1405.

Mucosa della trachea e laringe ripiena di muco denso; mucosa della lingua ispessita.

Petto. — Il pericardio contiene 25 grammi di siero limpido, discreta quantità d'adipe sotto-pericardico. Coaguli biancastri nell'orecchietta destra, coaguli neri nell'orecchietta sinistra, coaguli bianchi nel ventricolo sinistro; normali le valvole e gli orifici; leggermente dilatato il bulbo aortico; miocardio compatto; di colore piuttosto bruno-bianchiccio l'endocardio e i muscoli papillari; piccolissime placche di ateroma incipiente in principio dell'arco aortico; alquanto ingrossate le lacinie della valvola ventricolare sinistra, inspessiti i punti d'attacco; peso del cuore gr. 245.

Polmoni. — Forti aderenze connettive del polmone sinistro, massime ai lati; traccie di pleurite all'apice e metà superiore del lobo superiore; parenchima polmonare scrosciante al taglio con noduli di pneumonite caseosa, della grossezza di un nocciuolo, in alcuni punti fusi col tessuto interstiziale, compatti, di color rosso; dilatati i bronchi e pieni di muco giallo denso; in alcuni punti notavansi piccole caverne da bronchectasie piene di pus. — Forti aderenze connettive del polmone destro, specialmente ai lati ed al diaframma; polmone grosso, espanso specialmente al lobo superiore; all'apice di questo una cavità anfrattuosa, piena di liquido denso grigiastro, della capacità di un ovo d'oca, tapezzata da una membranella sottile, grigiastra, rivestita di essudato biancastro e lacerabile; altre cavità nel resto del parenchima, bronchiectasiche, di varia grandezza, piene di muco denso, circondate da piccoli tratti di tessuto polmonale caseoso, non galleggiante; lobo inferiore aerato, color rosso-bruno, galleggiante, con traccie di peri-bronchite caseosa.

Addome. — Milza lunga centim. 12 ½, larga 9, spessa 3 ½, capsula un po' ispessita; polpa molle di color rosso-bruno; le trabecole poco sviluppate, non visibili i corpuscoli malpighiani, vene piene di sangue; peso grammi 235.

Rene succenturiato sinistro ben sviluppato; sostanza midollare biancastra, corticale di color bruno.

Il rene corrispondente ha la capsula, che si leva con qualche difficoltà, superficie liscia; forte congestione della sostanza midollare, corticale dura, grigiastra; poco visibili i glomeruli; peso 145. — Rene destro avente alla superficie tre o quattro piccoli fibromi; del resto come a sinistra.

Stomaco contenente materie liquide; mucosa coperta da muco, ingrossata verso il piloro, di colore più biancastro. — Duodeno con materie colorate dalla bile.

Fegato grosso, compatto; grosse vene ricche di sangue; periferia dell'acino di color grigio-giallastro, centro bruno; infiltrazione adiposa generale; pesa grammi 1315.

Testicoli congesti per sangue venoso.

Intestino tenue pieno di materie liquide colorate; nella metà superiore la mucosa appare molto ingrossata; colon trasverso e discendente con mucosa inspessita, di color bruno crescente quanto più si discende, ove trovansi ulceri difteriche.

Esame microscopico. — Cellule nervose del ganglio cervicale normali, quelle del ganglio semilunare molto pigmentate.

Locatelli Luigi, d'anni 51, contadino di Sairano, i di cui genitori e la sorella morirono di pellagra, e furono alienati, fu sempre sano fino all'età di 40 anni; a tale età cominciò a soffrire diarree ricorrenti, e desquammazione alle mani, ed artrite. Sei anni fa stette 3 mesi all'ospitale di Milano per *tifo pellagroso;* guarì, restando voracissimo, sospettoso di essere avvelenato, geloso. Alcuni mesi dopo cominciò a dar segni di mania: rompeva le robe di casa, e le gettava dalla finestra, e percuoteva la moglie; più volte si gettò nell'acqua. Ammalato, non voleva andare a letto, ma restar in corte. Negli ultimi mesi, in conseguenza di ostinata diarrea venne ridotto a tal grado di debolezza, da non potere affatto reggersi in piedi.

Condotto al manicomio, oltre alla rigidità degli arti inferiori, presentava estese piaghe da decubito al sacro, emaciazione straordinaria (pesava 48 chilogrammi), edema degli arti inferiori, taciturnità, orine alcaline, del peso sp. di 1010, contenenti cilindri fibrinosi. — Colla medicazione opportuna guarì delle piaghe, e migliorò anche alquanto dello stato generale, ma non potè mai mettersi in grado di poter abbandonare il letto. Ragionava bene se interrogato, appetiva il cibo, e sceglieva il migliore. Nell'autunno dell'anno 1869 si vide dimagrare, si curò col cloruro di sodio, e migliorò. Si osservarono le orine non più albuminuriche ma aclorurate. Alla percussione del torace

Digitized by Google

ottusità notevole all'apice a sinistra, e mancanza di suono respiratorio. Vomitò più volte materie verdastre, e poi fecali. Al giorno 11 del mese di Gennaio 1870 morì.

Necroscopia — fatta 24 ore dopo la morte.

Peso del corpo chilogrammi 50,500, putrefazione verde all'addome, decubito del sacro, ingrossamento delle articolazioni del ginocchio, ingrossamento dell'unghia del pollice destro, atrofia della cute del dorso delle mani, inspessimento della cute al dorso dei piedi.

Capo. — Suture quasi tutte saldate, sottile la sostanza diploica e congesta, leggera osteoporosi al sincipite, discretamente profondi i solchi vascolari; diametro longitudinale 161, trasverso 150, spessore massimo 12; congestione venosa delle pie meningi della convessità; dura madre con poco sangue; seno longitudinale con qualche coagulo bianchiccio; pia madre leggermente inspessita; discreta quantità di siero negli spazii aracnoidei; superficie del centro ovale punteggiata, lucida, di discreta consistenza; sostanza grigia delle circonvoluzioni iperemica, di colore piuttosto oscuro; circonvoluzioni facilmente svolgibili; ghiandola pineale con corpuscoli calcarei; ventricoli laterali dilatati, a superficie liscie, con poche diramazioni venose, pieni di siero; superficie dei corpi striati e talami ottici, molle; ben spiccate le strie acustiche; punteggiata la sostanza cerebellare, discretamente iperemica la sostanza grigia cerebellare ed il nucleo dentato; le arterie della base contengono scarsi coaguli rossi; l'arteria basilare, con poche traccie di endoarterite incipiente; midollo allungato pallido. Peso del cervello grammi 1190.

Petto. — Pericardio contenente 10 grammi di siero limpido; orecchietta destra distesa da coaguli fibrinosi giallastri, gelatinosi; coaguli più scarsi alla orecchietta sinistra; vegetazione mucosa dell'atrio pericardico, vasi cardiaci molto tortuosi. — Cuore floscio, piuttosto piccolo; miocardio color bruno giallastro. Alcuni corpuscoli calcarei ai punti d'attacco delle lacinie della bicuspidale, macchie d'ateroma sulle lacinie, inspessite le valvole aortiche; leggere traccie d'ateroma al principio dell'aorta (tumefazione e degenerazione grassa); ventricolo sinistro massimo spessore 19; peso del cuore grammi 200.

Polmone destro un poco espanso; aderenze connettive del lobo inferiore e dei lobi tra di loro; parenchima del lobo superiore pallido, soffice, aereato; parenchima dell'inferiore un po' più rosso ed aereato, sparso qua e là da nodi della grossezza d'una nocciuola, assai duri. Superficie di sezione: le parti più esterne gelatinose, le interne bianco-giallastre; in alcuni punti è visibile, ancora, il lume del bronco, in altri no. Polmone sinistro lungo 12 cent., largo 11, grosso 5, è spinto verso la parte mediana posteriore, superiore, del torace da una grande quantità di essudato, che consta di un liquido di color rosso, e di coaguli fibrinosi e gelatinosi; il parenchima polmonare è carnificato, color grigio ardesiaco, qua e là con nodi di pneumonite caseosa; bronchi ripieni di muco densissimo bianco-giallastro, non aereato. Il pulmone destro pesa grammi 1380, il sinistro grammi 340.

Addome. — Stomaco molto disteso da gaz; disposto verticalmente, arriva ad 8 centimetri dal pube; colon trasverso spinto quasi contro il pube; grande e piccolo omento, atrofici. Il grande omento aderisce fortemente a sinistra al peritoneo parietale in corrispondenza della cresta superiore dell'ileo; aderenze assai forti connettive del duodeno e della parte superiore del colon ascendente al fegato.

Intestino tenue assai sottile e compresso nella piccola pelvi; congestione venosa del mesenterio. Larghezza del digiuno e del principio dell'ileo centimetri 6. L'intestino contiene materia liquida verdastra; mucosa leggermente ingrossata ed opaca; alla metà dell'intestino ileo esso misura 5 centimetri di larghezza; le tonache pallide si vanno assottigliando sempre più verso il cieco; nessuna traccia visibile di follicoli solitarii; colon a tratti qua e là ora ristretto ora enormemente dilatato (17 centim.), ripieno di scibale assai dure, giallastre; estremità inferiore del colon discendente 3 centimetri e mezzo.

Milza pesa grammi 270, alquanto voluminosa, lunghezza 170, larghezza 98, molto lobulata, con capsula alquanto inspessita; alla superficie inferiore inspessimenti con granulazioni, alcune peduncolari, della grossezza di 1 millimetro.

Rene sinistro piccolo, pesa gr. 105, appiattito; la capsula si leva con discreta facilità; superficie con poche stelle venose, leggermente granulosa; parenchima duro; poco visibili i glomeruli; sostanza corticale atrofica ed alquanto opacata, e disseminata qua e là da piccole cisti. — Rene destro: la capsula si leva con discreta difficoltà, non trascina però seco parte del parenchima; superficie come la sinistra; pesa gr. 115; in un punto della superficie, una chiazza bianca della larghezza di 1 centimetro, corrispondente ad un nodo di forma piramidale colla base alla superficie, coll'apice che arriva quasi ai calici, di color bianco alla periferia, rossigno all'interno, discretamente duro (da embolismo). Parenchima come a sinistra; qua e là qualche fibroma assai piccolo.

Fegato piccolo, vasi ripieni di sangue nero, parenchima duro, acini piccoli, colla periferia grigiastra, col centro rosso-nero; pesa grammi 1015.

Vescica contratta, discretamente iniettata.

Coste fragili, midollo delle ossa iperemico.

Esame microscopico. — Atrofia bruna con escellulazione delle fibre muscolari del cuore. — Nei reni: iperplasia del connettivo interstiziale, intorbidamento, ed in alcuni punti degenerazione adiposa dell'epitelio dei tubilli. — Cellule epatiche affatto prive di adipe ed abbondanti invece di granuli di pigmento giallo. — Nella midolla delle coste, e nella milza grandissima quantità di cellule contenenti globuli rossi, dei quali alcuni bene conservati, altri in via di trasformazione in granuli di pigmento. — Nel midollo delle coste poca sostanza gelatinosa, pochi globuli rossi; nel midollo del radio molta sostanza gelatinosa semitrasparente, con forte reazione di mucina, pochi globuli bianchi. — Cellule nervose dei ganglii del gran simpatico cervicale e del plesso solare ricchissime di pigmento.

C.... contadina, d'anni 45, nativa di S. Giovanni sul Veronese, alta di statura, magrissima, ebbe il padre morto pellagroso, e la madre sana. La sua pelle è aggrinzata e di un colore oscuro di terra cotta; la pupilla dilatata, immobile; lingua sparsa di screpolature trasversali; da 4 anni pellagrosa. — Ora restava immobile, rigida, accovacciata sovra sè medesima, taciturna per intere settimane, rifiutandosi a mangiare e a parlare; ora invece, inquieta, si arrampicava sull'alto delle finestre, cercava ferire con sassi, o mordere; una volta s'arrampicò persino sui tetti, d'onde difficilmente la si potè sloggiare. Ebbe nei primi tempi eritema pellagroso, più tardi diarrea, cui successe stitichezza; polso lento, di 40 battute;

Digitized by Google

rifiuto degli alimenti. Negli ultimi giorni è presa da un aumento leggero del polso e del calore, da dispnea, tosse, recidiva della diarrea, ricupero dei sensi.

Necroscopia — eseguita dopo 24 ore.

Putrefazione verde, corpo assai mal nutrito, eritema sul dorso delle mani, rigidità cadaverica scomparsa.

Capo. — Callotta molto assottigliata, diploe scarsa, pallidissima; siero abbondante tra la pia e la dura madre; sostanza del cervello rammollita in vicinanza alla volta a tre pilastri, cervelletto e midollo allungato.

Petto. — Coste fragilissime. Polmone sinistro alquanto edematoso, specialmente al lobo inferiore. — Cuore di piccolo volume; miocardio flaccido, di un color giallo di feci. — L'aorta presenta il lume assai più ristretto del normale, della grossezza circa del dito mignolo d'un uomo adulto.

Addome. — Fegato di una notevole durezza, sopratutto nel lobo sinistro, e poco voluminoso, e di un colore più oscuro del normale. — Milza piccolissima, di color feccia di vino, facilmente lacerabile. — I reni di piccolo volume, di colore giallastro; la capsula se ne distacca difficilmente, ed è sparsa qua e là di macchie biancastre, traccie di perinefrite, resistenti al taglio. — Utero voluminoso; sostanza dell'utero vivamente congesta, ricca di sangue. — Iniezione arboriforme alla mucosa dello stomaco; al tenue notevole assottigliamento della tonaca muscolare.

Le ossa del radio non sono fragili nè duttili come le coste. — Muscoli degli arti, gracili, assottigliati, di colorito e consistenza normale.

Esame microscopico. — Si notano numerose cellule adipose, e strie lunghe di pigmento, sparse qua e là entro i linfatici perivascolari del cervello; il pigmento è di un colore di caffè abbruciato, affatto analogo a quello di una soluzione di nitrato d'agento.

Le fibre muscolari del cuore appaiono senza striature; in alcuni punti presentano la solita escellulazione e il deposito di granuli pigmentali; in altri punti, oltre questi pigmenti, portano delle strie o meglio dei glomeruli di pigmento molto più superficiali e più oscuri del solito pigmento proprio dell'atrofia bruna.

Rene. — Il rene presenta la degenerazione adiposa, e qua e là è sparso anch'esso di grossi granuli irregolari di pigmento nel connettivo interstiziale (Vedi Tav. 2.ª, Fig. 2.ª).

Il fegato presenta le cellule piene di goccie adipose e di glomeruli di pigmento, ma molto più rare che negli altri.

Gabetti Carolina (1), d'anni 66, di Cava Manara, ebbe il padre e la madre sani, un fratello però pellagroso e pazzo, e due nipoti pellagrosi. Fino dai 30 anni ebbe desquammazione pellagrosa e diarrea, e uscita dal paese montanino peggiorò rapidamente, divenne macilente, poco capace al lavoro. A 50 anni spaventata da un colpo di saetta, che le trascorse vicino, restò paralitica degli arti inferiori, diarroica, smemorata; finalmente dopo quattro anni, colpita dal timore di perdere un figliuolo, cominciò a delirare e a mostrarsi voracissima.

Arrecata da noi il Dicembre 1868, si mostrava straordinariamente denutrita, del peso di chilogrammi 36, 700; la pelle atrofica, e sparsa tutta di efelidi, non risente l'azione dei senapismi e dei vescicanti; esala un odore ammoniacale; il cranio leggermente plagiocefalo, più sviluppati il frontale e il parietale; pupilla ristretta; il battito cardiaco si avverte con difficoltà; paralisi completa delle estremità inferiori e della vescica, paresi delle superiori; calore 39, 25 - 39, 75; orine del volume di 500 grammi, del peso specifico 1017, colore 4 Vogel, d'odore ammoniacale, reazione alcalina, cariche di urati e carbonati d'ammoniaca. Esaminatine al microscopio i sedimenti, si notano molti cristalli di fosfato triplo e cellule di pus. L'intelligenza quasi completamente abolita, ogni tanto però si riapre per ringraziare chi la contornia; prende le infermiere per suoi parenti e l'ospedale per la sua casa; affettività ben conservata, loquela un poco imbarazzata. Nei primi di Febbraio orina scarsa, delirio e coma; più, le piaghe alle gambe e ai lombi diventano gangrenose, in seguito alle quali muore.

Necroscopia — eseguita 24 ore dopo la morte.

Putrefazione verde avanzatissima. Corpo alquanto mal nutrito, piaghe gangrenose da decubito.

Cranio. — Callotta compatta, d'aspetto pallido; sostanza diploica anemica; coagulo ne' seni longitudinali; raccolta di siero limpido tra la pia e la dura madre.

Petto. — Il polmone destro aderente per fimbrie di vecchia e nuova formazione; all'apice enfisematoso, alla base ricco di sangue, d'aspetto omogeneo rosso cupo. — Il polmone sinistro è pure molto ricco di sangue al lobo inferiore, enfisematoso al lobo superiore. Mucosa dei bronchi spalmata di un muco biancastro.

Cuore un po' coperto di adipe; di volume maggiore del normale, presenta una larghezza di 136 millim. Arterie e vene coronarie molto rilevate. Il miocardio di un color cioccolatte, flaccidissimo, facilmente lacerabile. Ventricolo sinistro alquanto ipertrofico, che presenta il massimo spessore di 22 millimetri; il destro, flaccido, presenta lo spessore di 3.

Addome. — Il fegato piuttosto voluminoso, aderente per fimbrie di vecchia e nuova formazione al diaframma; al margine esterno del lobo sinistro il colore è oscuro; pesa grammi 1150. La bile fluida, color giallo feci. Larghezza del viscere 290, lunghezza 220, altezza 68.

Milza piuttosto piccola, raggrinzata, lunga 150, larga 90 millimetri, color feccia di vino, facilmente spappolabile.

Rene destro lobulato, piccolo, capsula facilmente svolgibile; sostanza corticale alquanto più pallida e meno sviluppata del normale. Il sinistro con capsula difficilmente svolgibile, i margini taglienti, la superficie leggermente granulosa, giallastra, sparsa di sei piccole cisti sierose. Il parenchima internamente si mostra più ricco di sangue del destro, sopratutto nelle piramidi. La corticale invece è d'un aspetto giallo-chiaro, granuloso.

Utero piccolo. — Nell'ovaia sinistra presentansi parecchie cisti. — La vescica appare sparsa qua e là di macchie rossastre, con ulcerazione della mucosa. Vi si rinviene un calcoletto giallastro, compatto, della grossezza di un grano di miglio.

Intestina. — La tonaca muscolare del tenue molto assottigliata.

Coste fragilissime; le altre ossa normali.

Esame microscopico. — Atrofia bruna del cuore; incipiente degenerazione adiposa del rene sinistro; leggera infiltrazione adiposa delle cellule epatiche; adiposi avanzata dei vasi capillari del cervello.

(1) Questa storia prova come in alcuni pellagrosi si sviluppi ammonioemia. (Vedi Sintomatologia e Patologia, Parte 2.ª, § XIV. pag. 140).

Digitized by Google

Malinverni di Bissone, d'anni 40. — Il giorno 16 Febbraio 1868 si gettava da una finestra un tal Malinverni, che attestano pellagroso. Ecco quanto potei raccogliere dai suoi vicini e dall'esame del cadavere.

Individuo di statura alta 1,68, peso 49; padre sano, madre morta di tifo; fu sano da giovane, lavoratore in campagna; patì, due anni or sono, di tifo pellagroso, dopo il quale si levò indebolito; vorace, stitico, soggetto a continue pirosi e scottore alle carni, cadeva ogni momento a terra, e non era più capace che di raccogliere un po' di legna; ripeteva continuamente le parole; aveva ribrezzo per l'acqua, passione pel fuoco, cosicchè bruciavasi spesso le mani; lagnavasi di una specie d'aura, che saliva dai piedi sino alle mani, e producevagli un senso di biscia e di scottore alle mani; la pelle non si desquammò, ma divenne oscura al dorso delle mani ed al fronte; orine chiare, limpide.

Da alcuni anni era ricoverato in città. Aveva mangiato male, ma negli ultimi anni però potea prendere qualche po' di carne e vino, oltre il solito maiz.

Necroscopia.

Capo. — Fratture comminutive del frontale e parietale destro; callotta assottigliata in corrispondenza alla regione frontale; approfondite le traccie delle solcature, dove scorre l'arteria meningea. Sopra la dura madre, e più ancora sopra la pia madre, strato di sangue dello spessore di un millim. Levata la pia madre, che contiene parecchie granulazioni biancastre lungo il seno longitudinale, le circonvoluzioni, facilmente svolgibili, appaiono grossolane e di color più scuro nella sostanza corticale, con iati profondi tra una circonvoluzione e l'altra, come nell'atrofia senile. L'emisfero destro appare molto più voluminoso e pesante del sinistro; sostanza del cervello ricca di sangue, di consistenza normale; cervelletto molle al tatto e facilmente spappolabile.

Lingua lobata, ricca di screpolature.

Petto. — Nulla d'anormale al polmone destro; leggera iperemia al sinistro; all'apice del polmone sinistro si trova un tubercolo della grossezza di un fagiuolo, ripieno di sostanza calcare, probabilmente per tubercoli cretificati.

Cuore voluminoso assai, coperto d'adipe; miocardio d'un aspetto leggermente giallastro, facilmente lacerabile verso l'apice. Massimo diametro del viscere in larghezza 120, in lungezza 130; massimo spessore delle pareti del ventricolo sinistro 20 mill., del destro 9.

Addome. — Fegato di aspetto irregolare, romboideo; il lobo sinistro, molto assottigliato, presenta un'appendice di sostanza epatica, come un fegato succenturiato; la sua lunghezza massima, non contando l'appendice, è di 29 millim., la larghezza di 160, l'altezza di 70. Tagliato, presenta il parenchima ricco di sangue, facilmente lacerabile, color giallo di feci. Cistifellea carica di bile poco viscida.

Milza poco voluminosa, lunghezza 158, larghezza 80; la sostanza color feccia di vino, alquanto lacerabile.

Rene destro alquanto più piccolo del normale; il sinistro, coperto d'adipe, offre incipiente degenerazione adiposa; la capsula si distacca lacerando parte della sostanza corticale.

Stomaco poco voluminoso, contiene sostanza alimentare pultacea; tonaca muscolare intestinale alquanto assottigliata; due o tre chiazze iperemiche nel colon; nel retto molte scibale indurite.

Coste fragilissime; radio resistente; muscoli delle braccia e gambe voluminosi e di color rosso intenso; gran pettorale alquanto più sbiadito del normale.

Esame microscopico. — Atrofia bruna del cuore; incipiente degenerazione adiposa degli epiteli dei canalicoli renali; leggiera infiltrazione adiposa del fegato; leggiera adiposi dell'avventizia dei vasi del cervello.

Deambrosis Giovanni, contadino di Pizzocorno, d'anni 67, conta fra i suoi parenti una nonna pellagrosa; godette di buona salute, a quanto si dice, sino al 1.° Marzo, meno che, come egli stesso raccontava, ebbe desquammazione pellagrosa sino dall'infanzia.

Condotto da noi il 2 Marzo, mostra un corpo un po' male nutrito, del peso di 40 chilogrammi, statura mediana, desquammazione sul dorso delle dita, cloasmi alla faccia, miosi, cateratta incipiente sinistra, ulcerazioni delle labbra; cranio abbastanza ben conformato, molto brachicefalo, diametro longitudinale 185, trasverso 160, circonferenza 33, biparietale 32, occipito-frontale 29; forza muscolare normale, tiene i pugni spesso serrati come in attitudine di contrazione, cammina con disinvoltura, qualche volta però cade; rifiuta ostinatamente di mangiare e di parlare, però i replicati inviti riescono a farlo parlare a bassa voce, ed allora si intravvede intelligenza vivace, preoccupata da delirio di persecuzione; « egli rifiuta i cibi, perchè lo vogliono avvelenare, e non parla per non compromettersi », altre volte dice che non ha bisogno di alimenti; ammette di aver avuto desquammazione sin da bambino, e di avere più volte immersi i piedi nell'acqua. — Il giorno 3 è preso da un accesso di febbre; il giorno 7 rinnova la febbre, calore 38, soffio e rantoli crepitanti e sotto-crepitanti a destra alla regione sotto-ascellare, ove si nota pure un'estesa mutezza alla percussione; rifiuta gli alimenti; orine sparse nel letto.

7. Calore 40; soffio alla parte media ed inferiore del lato destro del torace; rantoli alla porzione superiore; orine 1030, scarse, rosse, senza cloruri, con molti fosfati ed urati.

10. Calore all'ascella 38; persistenza del soffio del lato destro del torace; polso 96; sete continua.

11. Calore 38. 20, polso 90; fenomeni polmonari persistenti, sputi con pus e frammenti di epitelio.

12. Polso contratto, respirazioni 42 al minuto, sfregamento a sinistra, calore 38 alle 9 del mattino, 40 alle 2 pom., disfagia, dolore in gola; continua tenace nel rifiuto degli alimenti, e nel non rispondere alle interrogazioni ed alle dimande del prete.

Necroscopia.

Cranio. — Callotta compatta, spessore 5 millim.; dura madre aderente alla base, e lungo il seno ingrossato da fasci fibrinosi, che partono dal setto longitudinale a raggi; i seni della base piuttosto vuoti; resistenti le cartilagini intersutturali, diploe ricca di sangue, tavola vitrea sparsa di parecchi punti di osteoporosi; pia madre notevolmente opacata, di color bianco giallo, con scarse diramazioni vasali, e grosse vene quasi vuote, che si leva con facilità dalle circonvoluzioni cerebrali senza perdita di sostanza del cervello; la superficie inferiore è liscia, e lo spessore della pia madre è di 1 millimetro.

Cervello. — Sostanza corticale alquanto assottigliata, cervello pallido, diam. longitudinale 175.

Collo. — Leggermente ipertrofiche le ghiandole esofagee; tiroidea ipertrofica ed anemica, in de-

Digitized by Google

generazione colloide, il suo parenchima color giallognolo.

Petto. — Coste fragilissime. Polmone sinistro compatto, disteso, esternamente di color grigio-bianco; superficie di sezione di color grigio-giallognola, liscia, consistente; si scorgono i vasi coperti da pigmento, il parenchima picchiettato di finissime granulazioni bianco-gialle, vicinissime le une alle altre; comprimendo si ottiene abbondante liquido sieroso purulento. Dai bronchi piccoli esce pure del muco denso viscoso. Il polmone destro ha il suo superiore apice aderente per essudato di nuova formazione, e l'inferiore nello stesso stato che il sinistro polmone; solo il lobo superiore contiene ancora aria, è più ricco di sangue. Il lobo medio appare esternamente anemico, è ai bordi enfisematoso, contiene molta aria, e non partecipa del processo patologico.

Cuore. — Degenerazione grassa della tonaca interna dell'arco aortico; miocardio rosso-brunastro, facilmente lacerabile; opacato l'endocardio della metà superiore del ventricolo sinistro; placche inspessite delle semilunari; ateroma dell'aorta ai punti d'uscita dei vasi coronari e ai punti d'attacco delle valvole; ateroma ai punti d'attacco della mitrale; serpentini i vasi miocardici; ventricolo sinistro alquanto ipertrofico, dello spessore massimo di 23 mill., lunghezza massima 130, larghezza 110; coaguli nell'orecchietta destra, notevoli coaguli fibrinosi nelle polmonari.

Fegato. — Molto voluminoso; glissoniana aderente, che si distacca con difficoltà, lacerando il tessuto, che è compatto, ricco di sangue, duro notevolmente al taglio, facilmente lacerabile, color noce moscata; il margine del lobo medio si estende in alto, ed è di forma irregolare, e presenta la massima larghezza di 173 mill.; gli acini sono piccoli, al centro di color bruno, di color bianco-giallastro alla periferia; diametro trasverso del fegato 280, longitudinale 175, spessore massimo 90.

Stomaco. — Mucosa colorita in giallo dalla bile, tumida verso il piloro, congestione venosa alla gran curvatura, ed ivi esistono parecchi polipi mucosi, della lunghezza di 1 centim., del diametro di 2 mill., molli, ricoperti di muco; un lombrico nello stomaco. — Mucosa del tenue sottile, colorata dalla bile.

Milza piccolissima, capsula facilmente svolgibile, e in genere opacata sulla superficie convessa; una placca in cui l'ispessimento arriva a ½ millim.; granuli compatti di diversa grossezza, generalmente piccoli su tutta la superficie; tessuto discretamente compatto, ben sviluppato il reticolo; parenchima color cioccolatte; vasi dilatati; invisibili i corpuscoli malpighiani; lunghezza massima dell'organo 142 millim., larghezza 85 millim.

Reni. — Piuttosto piccoli, capsula piuttosto sottile; si staccano qua e là dei tratti di parenchima; sostanza corticale torbida, iniettati vivamente i glomeruli, piuttosto anemica la midollare, leggermene assottigliata la corticale. Sulla superficie del rene sinistro alcune cisti; il medesimo è più voluminoso e lungo del destro.

Esame microscopico. — Pus nelle meningi; atrofia bruna del cuore; incipiente atrofia bruna del fegato, pigmentazione degli acini all'intorno della vena epatica, leggera degenerazione adiposa nel distretto della vena porta; leggera atrofia, iperemia ipostatica ed incipiente adiposi della corticale dei reni; atrofia della milza.

Malinverni Giuseppa (1), d'anni 40, di Inverno, filatrice, aveva il padre apoplettico ed alcoolista, la madre soggetta a risipole, un fratello morto di tifo. Ebbe cinque parti; da sette anni sofferse diarree pellagrose, ulcerazioni alle labbra, eritemi alle mani e piedi, convulsioni, cefalee. Nel 1868 divenne maniaca; crede che tutti *la vogliano battere, uccidere*, tenta annegarsi, ripete continuamente le parole, dice non voler più lavorare, perchè la ucciderebbero; le orine acide, 1015; convulsioni cloniche; debolezza muscolare, per cui cade ad ogni momento. — Sotto l'uso dell'acido arsenioso i sintomi sparirono in 5 mesi, dopo i quali viene dimessa completamente guarita nell'intelligenza, forze muscolari e nutrizione, essendo aumentata di chilogr. 2 ½. — Nel 1869, dopo aver mangiato per molto tempo pane giallo ammalato, *di cui è pieno il paese*, recidivò.

Recata da noi il 10 Marvo 1869, un mese dopo i primi accessi, troviamo la donna ben nutrita, del peso di chilogr. 51, cranio ben conformato, occhi sporgenti, miosi della pupilla, ptosi della palpebra destra, screpolature numerose alla lingua, secchezza alle labbra e fauci; sonorità aumentata alla percussione della regione sopra-clavicolare sinistra; meteorismo al ventre, volume della milza normale, del fegato alquanto maggiore; polso 102 a 104, calore 38,85; orine 1011, leggermente acide, molti cloruri, poca uro-eritrina, pochi fosfati; sudore di odore ammoniacale, e reazione alcalina; diarrea profusa di materie liquide, verdastre; paresi di tutti i muscoli, massime degli arti inferiori e vescica; movimenti fibrillari alle labbra, e piccole convulsioni cloniche, e leggera disfagia; delirio, in cui chiede cibo; non riconosce alcuno; dice di morire.

12 Marzo. — Calore 37,50 alle 8 mattina, 38,60 alle 3 pom.; orine 2 Vogel, pochi fosfati, poco urocromo; al microscopio notasi sedimento di fosfato triplo d'ammoniaca; peso specifico 1013.

13 id. — Diarrea persistente, sudori con reazione alcalina, calore mattutino 37,30, sopore, polso 101. Continuamente chiede cibo, ma non può deglutire; sete ardente.

14 id. — Cornea opacata, calore 37,60, sudore sotto le ascelle abbondante ed alcalino, voce fioca, delirio tranquillo ed abbattuto, vertente sempre sopra oggetti di cibo, diarrea ridotta a due scariche in un giorno, spasmi dei muscoli della faccia, ventre depresso; orine pallide, ma più colorate di ieri, 3 Vogel, nella quantità di 200 grammi in 24 ore, peso specifico delle medesime 1026, reazione completamente alcalina, appena evacuata ricca di urocromo, di cloruri, urati. — Ore vespertine: disfagia, sete ardente, polso 105 — « *Mi spiace*, balbetta, *di dover morire per i quattro figli.* » Capo retratto a sinistra, non può volgerlo. Convulsioni cloniche ogni mezz'ora, dopo le quali resta assopita. Paresi dell'orbicolare destro. Da questo lato esce l'acqua somministratale. Calore 38,40; sudore alcalino profuso; grande prostrazione durante la notte; sensibilità normale alle punture a destra, alquanto esagerata a sinistra; convulsioni del collo, qualche volta del braccio destro, che vien portato ad angolo acuto sopra l'avambraccio.

15 id. — Convulsioni persistenti, calore 37,90, orine pallide, del peso di 1018, acide, ricche di cloruri, scarseggianti di urati e fosfati. Pupilla sinistra un po' più ristretta, cornea sinistra un

(1) Anche questa storia prova come alcune forme di tifo pellagroso sieno ammoniemie. (Vedi Parte 2.ª, § XIV).

Digitized by Google

po' più opacata della destra; le convulsioni del braccio destro si ripetono ogni 10 minuti a modo delle coree elettriche, e s'accompagnano a quelle del collo del lato destro. Dopo di esse sembra aumentarsi il coma, tuttavia ogni tanto si sveglia per dire, che le si dia della polenta. Sensibilità normale alle punture. L'impressione dell'aria e dell'acqua fredda provoca le convulsioni. — Ore 3: calore 38,40, pupilla sinistra assai più ristretta della destra, labbra e denti fuliginosi, convulsioni tanto dell'arto destro che del sinistro, ma maggiori a destra; sete continua; alla notte muore.

Necroscopia — fatta 35 ore dopo la morte.

Abito esterno. — Corpo ben nutrito, lieve traccia di putrefazione alle pareti addominali, rigidità cadaverica persistente, piaghe gangrenose al sacro.

Capo. — Ossa del cranio pesanti, diploe ricca di sangue, solcature delle arterie meningee molto approfondite; sulla volta cranica, lateralmente alla sutura longitudinale, varie infossature profonde, in cui stanno annicchiate le granulazioni del Pacchioni molto ingrossate. Diametro longitudinale 164, trasversale 140, spessore massimo 11 millim. Seni della base turgidi di sangue fluido; dura madre alquanto inspessita ed aderente alla parte media della scissura degli emisferi; pia madre alquanto iperemica; circonvoluzioni alquanto appianate, larghezza massima 15 millim. nel lobo mediano, 6 nel frontale. Sostanza corticale assottigliata e pallida; alquanto siero nei vetricoli. Sostanza del midollo allungato rammollita e lacerabile.

Petto. — Polmone destro aderente al costato, ricco di sangue, edematoso. — Cuore voluminoso, coperto da denso strato di adipe; miocardio flaccido, lacerabile. Diametro trasverso 120, longitudinale 135, spessore del ventricolo sinistro millim. 12, pareti del ventricolo destro assottigliate e flaccide, peso del cuore grammi 235.

Ventre. — Fegato voluminoso, aderente al diaframma, di colore giallo; diametro trasversale 311, longitudinale 200, spessore 70, peso grammi 1627.

Milza color feccia di vino, lacerabile; diametro trasvers. 90, longitudin. 150, peso grammi 213.

Rene sinistro piccolo, leggermente lobato, iniezione stelliforme della sostanza corticale, parenchima assai ricco di sangue, la capsula si stacca facilmente. — Il rene destro ha la capsula sottile, che si leva lacerando qua e là il tessuto del rene; è piuttosto piccolo, la sua superficie è liscia, e su di essa si osservano varie cisti del diametro di 2 millim.; iniezione spiccata della sostanza midollare, leggier catarro delle papille.

Utero molto voluminoso, ulcerazioni al muso di tinca. — Iperemia della mucosa del colon, molti lombrici nel colon discendente. — Nel cieco edema e tumefazione delle placche del Peyer; ristretto l'orificio ileo-cecale da briglie di cicatrici, disposte come a raggi attorno ad un centro. — Vescica di volume normale, sparsa qua e là di chiazze rossastre; nella parte mediana contiene una piccola cisti con umore sieroso.

Esame microscopico. — Adiposi del rene e del cuore. — Pigmentazione delle cellule nervose del ganglio semilunare del gran simpatico. — Infiltrazione adiposa della periferia degli acini epatici, e congestione del centro dei medesimi.

Chiesa Maria Domenica, del contado pavese, contadina, conta tra i suoi la nonna pellagrosa. Da ragazza ebbe pleurite; visse abbastanza bene con vino, riso e maiz, essendo i suoi sufficientemente ricchi. Solo da 12 anni cominciò a decadere in miseria, e si ricorda anche d'aver dovuto mangiare polenta guasta, per cui anche suo marito divenne pellagroso, ed i figli pure. Nell'anno 1868 in primavera sofferse diarree, desquammazione; nell'inverno dolore infradorsale, diarrea, vertigini, cefalee, soppressione dei corsi, febbre, debolezza muscolare, passione per l'acqua, e qualche accesso di delirio, in cui rimproverava fieramente il marito e i figli, cui la necessità spingeva a mendicare. Da otto giorni convulsioni epilettiformi, diarree.

Il giorno 8 Aprile 1867 si presenta un individuo mal nutrito, del peso di 39 chilogrammi; desquammazione persistente, cranio abbastanza ben conformato, capelli grigi, miosi delle pupille, ptosi della palpebra sinistra, occhio sinistro più alto del destro; alla percussione si ottiene suono leggermente ottuso alla regione sotto-scapulare destra, con respirazione ruvida; meteorismo; sensibilità normale ai dolori; motilità pervertita, carpologia, incoerenza nei movimenti, contrazioni continue della bocca, convulsioni cloniche o spastiche degli arti sinistri; orine acide, più colorite del normale, scarseggianti di fosfati, e più ancora di cloruri, ricche di solfati, peso 1020.

9 Mattina. — Miosi delle pupille, occhio sinistro più alto del destro, al braccio sinistro moti clonici, viso suffuso; punta alla mano sinistra, non accusa dolore; i convellimenti si irradiano alla spalla; ieri sera sete intensissima, calore 40 ½. — Sera: orine 1021, senza fosfati e cloruri, molti solfati; convulsioni cloniche a destra; sete ardente; risponde che se potesse andrebbe a casa; sudore acidissimo. — Alla mattina del 10 muore.

Necroscopia — 26 ore dopo la morte: legger putrefazione verde all'addome, rigidità persistente.

Cranio. — Callotta compatta, ricca di sangue, pesante, con infossamenti per l'accettamento della dura madre, assottigliamento della callotta in corrispondenza dell'arteria meningea; diametro longitudinale 164, trasversale 142, spessore massimo dell'osso millimetri 11; aderenze di tutta la dura madre, notevolmente ispessita, sopratutto in corrispondenza della gran falce. Pia madre facilmente svolgibile, con coagulo nerastro nel seno longitudinale. Le circonvoluzioni degli emisferi superiori alquanto assottigliate, le frontali più spesse verso il vertice; circonvoluzioni del vertice larghezza massima 15, circonvoluzioni frotali massima larghezza 9; iperemia dei corpi striati; poco pronunciate le strie acustiche. Molle ed edematosa la sostanza del cervelletto, dilatati i vasi all'interno del nucleo dentato.

Collo. — Saliva scarsa, lingua piena di screpolature, irregolare; mucosa coperta da molto epitelio desquammato; dorso della lingua e tonsille ricoperte da muco; cavità delle tonsille ripiene di secreto giallo; ben sviluppati i follicoli della base; muscolo della lingua pallido. Laringe e trachea con mucosa ricoperta da muco spumoso, bianco; principio della mucosa tracheale di color rosso vivo, massime posteriormente edematosa. Sono sviluppati i due lobi della tiroidea; parenchima bianco-giallastro; nella metà inferiore destra della tiroidea degenerazione colloidea avanzata, con cisti; nella metà inferiore sinistra, nello spessore del parenchima, adenoma della grossezza di una piccola noce, ravvolto da capsula fibrosa, con varii stravasi di color bruno.

Petto. — Coste fragilissime e spugnose, tessuto alveolare molto sviluppato. Leggere aderenze della pleura costale destra. Polmone destro enfisema-

Digitized by Google

toso, il lobo superiore poco disteso, aereato però più o meno in tutte le sue parti; il lobo superiore sinistro aereato, di color rosso chiaro, con tessuto compatto, ricco di siero; lobo inferiore color rosso-bruno, in alcuni punti non galleggia più; nei bronchi molto muco liquido e aereato. Nel polmone sinistro lo stesso reperto, però la ipostasi è più pronunciata.

Cuore. — È coperto d'adipe. Pericardio trasparente. Miocardio rosso-grigio, spessore massimo del miocardio del ventricolo sinistro mm. 18. Leggermente ispessite le valvole mitrali, con qualche piastrina gialla da ateroma; elastiche le tonache dell'aorta. — Diametro trasversale del cuore 105, longitudinale 130.

Addome. — Tumefazione delle glandole della parte inferiore dell'esofago; ispessimento della mucosa dello stomaco, stato mammellonato della grande curvatura, fine congestione venosa estesa alla grande curvatura, con pigmentazione.

Fegato atrofico, specialmente nel lobo sinistro; parenchima compatto, vene piene di sangue, acini piccoli; generalmente dilatata la vena centrale, circondata da tessuto piuttosto bruno; leggera degenerazione adiposa della periferia dell'acino. Il lobo sinistro è separato dal corpo del lobo stesso da un'infossatura lineare sostituita da tessuto cicatriziale; il lobo destro diviso in 2 o 3 sepimenti come a lingua di gatto, al disopra della cistifellea.

Milza con capsula leggermente ispessita, parenchima di color rosso-bruno, scarso il reticolo, poco numerosi i corpuscoli, lunga 138, larga 98.

Intestini con tonaca intestinale sottile, poche diramazioni venose sulla mucosa, il contenuto colorito intensamente in giallo dalla bile, leggermente ingrossati i follicoli solitarii, la fine dell'ileo, cieco e colon discendente edematosi, e in quest'ultimo assai più spiccata la congestione; lo stesso nel resto del crasso.

Capsula del rene destro ispessita, aderente con discreta forza al parenchima, sicchè in alcuni punti questo si stacca colla capsula; si notano delle infossature, che qualche volta seguono il decorso delle divisioni fetali; superficie poco congesta; piuttosto atrofica la sostanza corticale e compatta, con legger congestione venosa; molto congesta invece la midollare, parenchima compatto; discreta quantità di adipe al dintorno dei calici, indurimento liscio del rene. — Rene sinistro con capsula ispessita, aderente come nel destro, con discreta congestione venosa, alla corticale più spiccata; parenchima torbido.

Utero con diametro verticale 7, trasversale 6; inspessita l'albuginea dell'ovaia, parenchima piuttosto anemico, con pochi follicoli di Graaf; arrossata la mucosa del muso di tinca, piuttosto pallida quella della vagina; leggermente inspessito il peritoneo uterino; il parenchima dell'utero rossigno; mucosa uterina liscia, piuttosto arrossata, coperta da tenue strato di muco rossigno trasparente.

Esame microscopico. — Ossa ricche di globuli bianchi, cellule ematogene a tre nuclei molto scarse. — Cuore con degenerazione adiposa avanzatissima delle fibre, escellulazione, e qua e là qualche deposito di pigmento. — Reni in degenerazione adiposa avanzatissima.

Aggiungiamo ora qualcuna delle quindici storie raccolte nell'ospedale di Trento dal 1866 al 69, e regalateci dall'illustre amico, il clinico Dalla Rosa, che offrono uno speciale interesse per la frequenza della albuminuria e della tubercolosi. Esse mi rivelarono la analogia tra l'uremia e il tifo pellagroso, che mi fu confermata, poi, dall'analisi chimica.

Fronza Matteo, d'anni 79, di Ravina, giornaliere, ricoverò nell'ospedale di Trento il 4 Dicembre 1865, per tosse e diarrea.

Corpo lungo e stecchito, la pelle delle braccia, delle mani e del collo decorticata, fenomeno che da 11 anni si ripete costantemente.

Non andò mai soggetto a disturbi cerebrali.

Torace lungo e ristretto, tipo respiratorio enfisematico. Cuore abbassato, impulso dell'apice distinto nel 7.° spazio intercostale. Percussione sonora in tutto l'ambito toracico, ottusa dalla clavicola sinistra alla terza costa. Ottusità cardiaca minima. Ascoltazione: respiro vescicolare indebolito su tutta l'estensione polmonare; nella fossa infraclavicolare sinistra, e di dietro fino all'angolo della scapula, respiro bronchiale, con rantoli a bolle grosse. Ventre leggermente meteoristico e teso; nessun versamento ascitico, nè edema. Scariche abbondanti, liquide, verdastre; tosse con escreato nummulare, purulento, a striscie giallastre cariche. L'orina contiene una sensibile quantità d'albumina. La lingua rossa, asciutta e liscia per mancanza dell'epitelio, senza screpolature; polso filiforme, 64 al minuto; le resp. 18.

Il paziente nega gravi malattie precesse; antecessori e discendenti sani. Vitto scarso e cattivo, misto ad erbaggi farinacei e polenta. Morto per esaurimento il 21 Dicembre 1865.

Diagnosi: pellagra, con infiltrazione tubercolosa dell'apice polmonare sinistro, e nefrite parenchimatosa.

Necroscopia — eseguita il giorno 22.

Marasmo di tutti gli organi.

Ossa craniche sottili, senza diploe. Dura madre gialliccia; aracnoidea intorbidata, calliginosa ed imbevuta di siero. Giri cerebrali assai tenui e sottili; sostanza cinerea esigua, midollare bianco-sporca, tenace; ventricoli dilatati, molto siero.

Tiroidea atrofica. — Polmoni avvizziti, poco crepitanti al taglio, edematosi nelle parti posteriori inferiori. Il sinistro, superiormente aderente, duro, infiltrato da noduli grigi, con piccole caverne. — Cuore piccolo, a pareti sottili, e grassosamente degenerate, soffuso in rosso; valvole tenere. — Fegato atrofico, giallastro, molle, con orlo sottile, bruno-giallo; cistifellea quasi vuota; parenchima giallo-sporco sbiadito. — Milza atrofica. — Ventricolo ristretto; mucosa rugata ed ecchimosata, ipertrofica. — Intestino sottile assai; involucro peritoneale liscio e bianco, mucosa arrossata; nel retto il rossore della mucosa era assai intenso, e la mucosa stessa, ulcerata, esalava forte odore ammoniacale. — Reni piccoli, con cisti nella corticale, più nel destro che nel sinistro; capsula fortemente adesa; confini tra le piramidi e la corticale spariti; le piramidi sbiadite, compresse, contenevano un umore lattiginoso; parenchima cirrotico. — Vescica orinaria vuota.

Matarel Gaetano, d'anni 48, fu accolto il giorno 5 Aprile 1866.

Nativo di Agordo nel Veneto, già da anni girovagava nel Trentino, aggiustando sedili di paglia. — Nubile, sempre sano, accusava cefalee, vertigini, e tosse, che lo tormenta da sei mesi e più, con espettorato catarrale abbondante.

Corpo lungo e dimagrato; eritema pellagroso pronunziatissimo al collo ed alle mani, ed in quest'ultime unito ad escoriazione dell'epidermide. Questo fenomeno si mostra già da tre anni alla

Digitized by Google

stessa epoca, e dietro le asserzioni del paziente cessa dopo un salasso, ch' è solito farsi fare pel capogiro e cefalea, da cui è accompagnato. L'ammalato si lagna di una colonna d'acidi, che sente ascendere per l'esofago, susseguita da eruttazione. — Il vitto è miserabilissimo, e consiste in tozzi di polenta od altri resti di cibo, che gli vengono porti dalla gente presso cui lavora, e che talvolta sono vecchi e guasti. L'abitazione, quando la trova, per lo più è in qualche solaio. — Il paziente nega avere avuto malattie gentilizie.

Testa piccola, regolare; collo lungo, dalla cute del quale traspaiono tutti i muscoli per mancanza del pannicolo adiposo. — Torace proporzionalmente più lungo che largo, infossato nelle parti superiori. — Percussione ottusa nelle parti toraciche superiori fino alla 4.ª costa a destra, fino alla 3.ª a sinistra; al disotto sonora fin sotto la 6.ª nella linea papillare destra, fino all'arco costale a sinistra. — Ottusità cardiaca scomparsa, impulso nullo. — Ventre regolare. — Il fegato non oltrepassa l'arco costale, e sporge poco nell'epigastrio. — Ascoltazione: respiro indeterminato nelle parti anteriori superiori del polmone, con numerosissimi rantoli crepitanti; inferiormente vescicolare, con pochi rantoli; al di dietro bronchiale fin sotto le scapule, consonanza, rantoli numerosi. — Lingua asciutta, liscia, lucente, intensamente rossa, con screpolature; appetito nessuno. Scariche pultacee finora, mai diarroiche. Orina poca, carica di fosfati calcarei, molto rossa. — Il polso contava le 120, la respirazione 20; profusi sudori notturni. — Il paziente nel decorso della malattia ebbe tre deplezioni sanguigne, ricevette l'estratto di iosciamo, colla digitale, e due applicazioni di mignatte.

Verso la metà di Maggio si manifestò un'ulcera tubercolosa della laringe, ed in pari tempo andava formandosi una grande caverna all'apice del polmone destro, sotto le coste. Lo sputo diveniva marcioso, e l'ammalato si avvicinava a gran passi al suo termine. — In sulla fine di Maggio, cominciò la diarrea colliquativa, la quale trasse al fine l'infermo, il 6 Giugno 1866, colla diagnosi di pellagra, con tubercolosi polmonare, intestinale e laringea.

Necroscopia.

Corpo dimagrato, estremità inferiori edematose.

Polmone destro e sinistro aderente al torace; parenchima del destro infiltrato di tubercoli gialli, caseosi, piccoli, fin quasi alla base, con caverne di tutte le grandezze, una delle quali all'apice, della grandezza d'un pugno, e vicinissima anteriormente alla pleura. Il sinistro egualmente infiltrato dalla stessa massa di tubercoli, di uguale grandezza e numero; il parenchima sano, che importava circa un terzo di tutto il polmone, edematoso; trachea ripiena di liquido schiumoso; laringe esulcerata alla commessura posteriore delle corde vocali, per perdita di sostanza irregolare e sinuosa della mucosa; simili ulcerazioni, ma più piccole, esistevano nei seni del Morgagni d'ambo i lati. — Cuore contratto, duro e piccolo, nessuna anomalia macroscopica; nel miocardio valvole tenere. — Fegato grassoso, milza atrofica. — Ventricolo dilatato, in istato catarrale cronico; intestino sottilissimo nelle pareti; mucosa intensamente arrossata, maggiormente verso il cieco; *nessuna perdita di sostanza*, tranne delle ulcerazioni follicolari nel retto, con macerazione della mucosa; *distinto odore d' ammoniaca.* — Reni atrofici, cirrotici, solcati; corticale adesa fortemente alla capsula, da non poternela staccare che per rottura della corticale; le piramidi quasi scomparse e confuse colla corticale, ridotta ad un esiguo orlo. — L'orina non fu più esaminata, e nel cadavere mancava del tutto.

Diagnosi anatomo-patologica: infiltrazione tubercolosa del polmone, ulceri tubercolose della laringe, nefrite cronica, catarro intestinale di natura uremica.

Schelfi Catterina, d'anni 51, di Trento, giornaliera, entra nell'ospedale civile il giorno 8 Marzo 1867 per diarrea, la quale da parecchi anni la travaglia interpolatamente, e per cui ricoverò già altre volte in passato nel nosocomio; parimenti, essa osservò spellarsi la pelle del dorso delle mani in primavera omai da alcuni anni, alla quale epoca si trova sempre debole e spossata, con dolore acuto al vertice del capo, che cessa con sottrazioni sanguigne. Di più accusa disturbi gastrici, eruttazione, vomito, difficile digestione. La sua occupazione consiste per lo più nel lavare pannolini nell'acqua dell'Adige (alveo vecchio). — Abitazione umidissima; vitto miserabile.

Corpo piccolo, abbastanza nutrito; al collo ed alle mani non si osservano fenomeni patologici del derma. — Organi toracici normali. — Il fegato non oltrepassa l'arco costale; nessun tumore di milza. — Mestruazione cessata da 3 anni, senza gravi disturbi. Scariche abbondanti e frequenti, sierose, verdi-giallastre, con molti epiteli staccati, alcaline, con poche materie fecali. Orina scarsa, pallida, leggermente acida, contenente molta albumina e cilindri di fibrina. Lingua rossa, denudata dell'epitelio, frastagliata ed asciutta; sete ardente. Polso 86; respirazioni 18 al minuto. Colorito giallo-terreo.

Diagnosi: pellagra, con nefrite cronica, e diarrea uremica.

In breve tempo cominciò l'edema agli arti inferiori ed alla faccia, che poi crebbe contemporaneamente all'ascite, all'idrotorace, ed all'idropericardio, con edema polmonare, che troncarono la vita della paziente il giorno 4 Maggio 1867.

Necroscopia.

Marasmo eccessivo del cervello, e del polmone. — Cuore piccolo, contratto; miocardio rosso e resistente; valvole tenere. — Fegato diminuito, bruno, flaccido, assai povero di sangue. — Milza atrofica, con polpa rossastra, tenace. — Reni piccoli, a superficie ineguale, solcata, e sparsa di formazioni cistiche grandi e piccole; corticale distrutta, piramidi indistinte; degenerazione grassosa dell'epitelio. — Intestino pallido esternamente, internamente di color rosso diffuso; mucosa lacerabile. Nel retto la mucosa rosso-oscura, tumefatta, imbibita, con perdite di sostanza, irregolari, con distintissimo odore ammoniacale.

Broilo Domenico, d'anni 44, di Matarello, entrò nel Nosocomio il dì 16 Agosto 1867 per pneumorragia.

Soffre, da oltre un anno, di tosse, e da tre anni osserva spelarsi le mani, le quali tuttora sono decorticate caratteristicamente. — La madre morì di pellagra, il padre non sa di qual malattia; un fratello è pellagroso. Malattie di petto non esistono in famiglia. — Da sei mesi abbandonò i lavori della campagna, ed in questo tempo espettorò alcune volte sputi sanguinolenti. L'espettorato, prima rosso, s'è fatto brunastro, misto a pus molto liquido e color cioccolatte, e d'odor fetentissimo; non contiene fibre elastiche esaminato microscopicamente. Lingua a margini rossi, ma il solco mediano, intonacato fortemente, è bianco-brunastro; appetito discreto. Orina di co-

Digitized by Google

lorito e quantità normale, senza albumina. Polso 72, respirazioni 28.

La percussione dà superiormente a destra suono ottuso-timpanitico, senza timbro metallico; inferiormente ottuso sin quasi al fegato; posteriormente il suono è ottuso fin verso l'angolo della scapola, poi sonoro fino all'8.ª costa. A sinistra non si scorgono anomalie nè da parte del cuore, nè da quella del polmone. — Dimensioni del fegato normali. — La milza non sorpassa la linea ascellare. — Coll'ascoltazione a sinistra anteriormente si percepiscono rantoli a bolle grosse e piccole in quantità, senza tintinnio metallico; il respiro è anforico nella fossa sopra-clavicolare; più sotto bronchiale, con rantoli crepitanti; posteriormente il suono anforico non è chiaro, con rantoli crepitanti in quantità. A destra respiro vescicolare. — Toni cardiaci normali.

Diagnosi: pellagra, accompagnata da tubercolosi polmonare destra e caverna all'apice.

Nel decorso ulteriore sparì intieramente l'odore ingrato del secreto espulso colla tosse, ripetendosi solo di tratto in tratto lievi assalti notturni di tosse. La febbre accompagnò la malattia costantemente alla sera. Si percepiva il suono di pentola fessa, percuotendo la parete toracica soprastante alla caverna. Non si poterono mai arrestare i profusi sudori notturni. — L'ammalato, senza diarrea, morì in seguito al progresso dell'affezione polmonare il dì 8 Novembre 1867.

Necroscopia — eseguita il dì appresso.

Polmone destro aderente alla parete toracica, e colla base al diaframma; il parenchima, duro e friabile, senz'aria, fu rotto dalle dita nello staccarlo dalle coste, restando così scoperta una caverna della grandezza d'un arancio, le di cui pareti liscie, callose, erano foderate da un intonaco vischioso, tenace, purulento; la massa salda e resistente, che infiltrava il parenchima del polmone, constava di piccoli tubercoli grigi. Il lobo superiore del polmone sinistro fortemente aderente alle coste; medio e inferiori liberi. Il primo dava identico reperto del destro, il secondo conteneva aria con isole sparse qua e là della stessa materia tubercolare. — Cuore piccolo, contratto; il ventricolo sinistro conteneva un grumo di fibrina sottile, che si estendeva nell'aorta; valvole normali. — Intestino anemico, sottile; mucosa dell'ileo e del retto non iniettata nè rammollita. — Milza atrofica, con polpa rossa e dura. — Fegato degenerato grassosamente, eccedente il volume normale. — Reni normali in grandezza; corticale inalterata; marcati confini fra questa e le piramidi; capsula liscia, e staccabile di leggieri; compresse le piramidi davano un po' d'umore lattiginoso (1).

Terminerò con tre necroscopie, raccolte fra le numerose e diligenti, che l'illustre Verga eseguì a Milano nella sua Clinica.

Colombo Regina, contadina, d'anni 28, d'Arluno, da un anno è affetta da *paralisi pellagrosa*. Nel Febbraio corrente si è fatta delirante; al 3 Marzo le si manifestarono fenomeni tifosi, sopore, sussulti tendinei, diarrea, disfagia; al 6 morte.

Necroscopia — 38 ore dopo la morte:

Cranio. — Mediocre aderenza della dura madre al cranio, la cui calotta offre assai profondo il solco dell'arteria meningea, e finisce biforcandosi presso alla sutura sagittale in due fossette ovali, corrispondenti a due rialzi della dura madre, sotto cui, come anche lungo il seno longitudinale superiore, stanno nuclei di corpuscoli pacchioniani. Congeste le vene superficiali del cervello; coagulo fibrinoso nei seni longitudinali superiori; *ecchimosi sub-aracnoidee* qua e là nei due emisferi; l'aracnoide e la pia madre formano uno strato, che si lacera facilmente, se si voglia distaccarla dalle pieghe cerebrali, non senza però intaccare la sostanza cerebrale stessa; le pieghe cerebrali poco sviluppate; poco profonda la fessura antero-posteriore di ciascun emisfero; la sostanza cinerea più oscura e punteggiata ai lobi frontali; molle la volta a tre pilastri ed il corno d'Ammone; la pia madre si svolge facilmente dal cervello e dal midollo allungato, non però dal cervelletto, ove rimane aderente, massime alla superficie; alcune lamelle del cervelletto intorno alle frangie offrono la sostanza cinerea sbiadita; olive resistenti; bello il corpo dentato.

Torace. — Aderenze antiche del polmone destro all'apice, alla parte posteriore nel sinistro. — La cavità destra del cuore è piena di un cruore piceo, che si insinua nella rete muscolosa della parete, e vi aderisce tenacemente.

Addome. — L'intestino tenue contiene un lombrico, ed è a tratti inzuppato d'un umore aranciato, a tratti d'un umore sanguigno, e qua e là offre delle striscie bianche, trasverse, limitate da altre rosse, che si direbbero ulceri riparate. Il cieco ed il colon discendente offrono ricca e minuta iniezione internamente. — Qualche ghiandola mesenterica è ingrossata ed iniettata. — Ventricolo verticale. — Pancreas giallo-sporco, a lobuli piccoli ed asciutti. — Le capsule sopra-renali molto sviluppate. — Reni, milza e fegato normali. — Utero turgido, colla bocca ostrutta da muco limpido. — Le ovaie, specialmente la destra, sono grosse, coll'albuginea raggrinzata e dura, e spaccate offrono varie vescicole di Graaf. — La tromba falloppiana destra è più grossa, ed offre il sistema venoso più appariscente che la sinistra. — L'organo del Rosenmuller è abbastanza visibile.

Le orine, esaminate al microscopio, contengono molti cristalli di urato d'ammoniaca, e cellule epiteliari.

Berneri Antonio, d'anni 55, facchino, genovese, domiciliato in Milano, nel 6 Aprile 1867 entrò nell'ospedale per delirio pellagroso, a cui andava soggetto da tre mesi: presentava pupilla sinistra più dilatata della destra, soffio nel secondo tempo, difficoltà ad esprimersi, e risposte incoerenti; più tardi paralisi delle gambe, dimagrimento, dispnea, per cui moriva il 6 Dicembre.

Necroscopia — 30 ore dopo la morte.

Cadavere ben conservato, rigidità cadaverica superstite.

Cranio. — Pareti sottili, semi-trasparenti, aderenti assai alla dura madre, la quale appare assai sottile in corrispondenza alla fronte; seno longitudinale quasi vuoto, con molte granulazioni del Pacchioni; rovesciata la dura madre, mostrò nella superficie interna un legger strato albuminoso misto a sangue; l'aracnoide è opacata a destra; levando il cervello dalla base del cranio, rimane molto siero quasi limpido nelle fosse cerebellari; circolo del Willis non molto sviluppato; l'aracnoide forma colla pia madre uno strato grosso, resistente, che si svolge dalle pieghe cerebrali, e mentre passa a guisa di ponte tra l'uno e l'altra piega dei due terzi posteriori del cervello, si affonda alquanto negli anfratti della regione frontale, in maniera da lasciar scor-

(1) Le altre 11 storie del Dalla Rosa sono trasuntate nella tabella v.

Digitized by Google

gere le pieghe salienti; svilupate le granulazioni aracnoidee; le pieghe piatte, atrofiche in alto, e con molte fosse e rughe secondarie, più al destro emisfero che al sinistro; la pia madre si distacca con facilità dappertutto, meno alla parte interna del lobo temporale e nella punta dei lobi occipitali; l'epitelio del quarto ventricolo è granulare; la sostanza corticale del cervello è pallida e sottile nelle pieghe superiori, ed offre nel suo mezzo una linea bianchiccia; la bianca è resistente, non ricca di sangue; dilatati da siero i corni dei ventricoli laterali; aderente la tela coroidea ai margini laterali della volta a tre pilastri ed ai talami ottici; piccola e cinerea la glandula pineale; granulare l'ependima lungo la lamina cornea; aderenti i piedi d'Ippocampo colla loro estremità, al corno inferiore; le strie ottiche, ove nascono dalle eminenze, sembrano abbracciare un glomero di sostanza grigia.

Torace. — Polmoni enfisematosi; libero il sinistro, aderente il destro per antiche briglie al costato. — Cuore ipertrofico; l'aorta è dilatata del doppio al suo grand'arco, ed offre la sua superficie interna ingiallita, rugosa ed indurita, scrosciante al taglio. Il ventricolo destro offre, al davanti, una macchia tendinea, e contiene grumi fibrinosi; il ventricolo sinistro ha le pareti ingrossate; il seno romboideo offre alla base del solco una valvola verticale, sacciforme; la membrana interna dell'aorta è sparsa di piastre ateromatose.

Addome. — Fegato ingorgato di sangue, colla cistifellea distesa da bile densa; il lobo sinistro offre un principio di screziature di noce moscata. — Milza con profonda incisura, alquanto scolorata internamente, ma abbastanza consistente. — Pancreas piccolo, giallognolo, col condotto wirsunghiano molto superficiale. — Rene sinistro piccolo, bernocoluto, scolorato, sottile, e colla sostanza corticale bianchiccia; rene destro idem. — L'intestino verso l'ileo s'assottiglia, al cieco diventa trasparente; il colon ascendente ha la mucosa molto iniettata, come pure il discendente; nel retto e nella curva sigmoidea le pareti s'ingrossano. — La vescica ha la mucosa molto mammellonata e punteggiata di nero.

Idrocele del testicolo sinistro.

Esame microscopico. — Iperplasia del tessuto connettivo del rene, metamorfosi adiposa dell'epitelio, ossia nefrite interstiziale.

Fattori Maria, d'anni 25, contadina di Rosate, entra all'ospedale di Milano il 15 Agosto 1869, perchè da tre giorni è in preda a delirio: d'aspetto gentile e giovanile, ma emaciatissimo, ha testa ben conformata, pelle secca, labbra un poco grosse; è diarroica per due o tre giorni, poi offre carpologia, sopore e delirio, con grida inarticolate. Muore il 14 Settembre 1869.

Necroscopia — fatta 11 ore dopo la morte.

Cadavere emaciato, stasi al sacro; mancano tutte le corone dei denti della mascella superiore.

Cranio. — Calotta sottile, con i solchi meningei molto pronunciati, colla diploe ingorgata, massime all'osso frontale; la dura madre è alquanto aderente alla parte posteriore; esiste un filo fibrinoso, che si prolunga nei seni laterali e nei seni longitudinali superiori; abbastanza pronunciate le granulazioni aracnoidee; ingorgo delle vene superficiali del cervello; siero nelle fosse cerebellari; resistente ed opaca l'aracnoidea nella valletta dell'Haller; le pieghe cerebrali si presentano molliccie e come gonfie per edema; la sostanza cinerea è abbastanza satura, specialmente nelle pieghe frontali; la bianca è ricca di punteggiature rosse; ambedue sono lucenti e molli per infiltramento sieroso; molle anche il corpo calloso e la volta a tre pilastri; sbiadita di colore la ghiandola pineale, piccola e con acervolo assai minuto; sbiadita la sostanza cinerea dei corpi striati; molli i piedi d'Ippocampo, con aderenza delle loro dita alla volta del loro ventricolo; strie acustiche pronunciatissime; anche il cervelletto presenta qua e là dei vasi varicosi, ed una resistenza molle come per imbibizione sierosa.

Petto. — Il polmone sinistro offre un po' di enfisema nella parte superiore anteriore ed un poco di ingorgo nella parte posteriore; lo stesso osservasi nel polmone destro, se non che si nota una aderenza tra la sua superficie esterna ed il costato nella parte anteriore per recente essudato, e lungo il margine anteriore del lobo medio un nucleo di epatizzazione rossa, esteso quanto un mezzo uovo di gallina, il cui centro rammollito ha l'odore della gangrena.

Cuore piccolo, colla cavità destra ripiena di coaguli, in parte albuminosi (orecchietta) ed in parte cruorosi (ventricolo); le cavità sinistre contratte e vuote del tutto; nulla ai vasi maggiori nè alle valvole. — Pericardio vuoto.

Addome. — Ventricolo piccolo, specialmente nella metà pilorica, con fondo cieco assottigliato, quasi fosse costituito dal solo peritoneo; qua e là iniezioni arboreggiate. — Vescica orinaria dilatata assai, colla mucosa iniettata, piena di orina rossa, torbida. — Il pancreas molle, composto di lobuli più minuti, lacerabilissimo dalle unghie, e un po' bruno di colore. — Milza grossetta, piena di incisure, e col parenchima abbastanza consistente. — Fegato piuttosto piccolo, col tessuto molle e scolorato. — L'intestino, e specialmente l'ileo, è così piccolo, che con difficoltà vi si introduce la lama dell'enterotomo; qualche *tricocefalo* nel cieco, nessuna materia fecale nel crasso; in genere tutte le pareti dell'intestino sono assottigliate, come se mancasse la membrana muscolare; esse sono meno assottigliate laddove l'ileo si mostra più ristretto. — Reni che si svolgono senza fatica dalla loro capsula; gli apici dei mammelloni, che sporgono entro i calici, sono ingialliti ed indurati in amendue i reni; i contorni dei calici si offrono ingorgati di sangue nero. Nei mammelloni trovansi delle concrezioni costituite da acido urico.

Imene intatto; utero piccolissimo; ovaie oblunghe, levigate, ricche di corpuscoli levigati.

Tre altre sezioni anatomiche si eseguirono oltre alle 62, i cui reperti si riassunsero in parte (1) nelle Tabelle necroscopiche; in queste tre sezioni si rinvenne una volta cirrosi epatica, — due volte aderente la dura e pia madre, — una volta il rene iperemico, — una volta fragili le coste, — una volta il cuore piccolo, aderente, con traccie di precessa pericardite, — una volta un tumoretto della pia madre, — una volta pneumonite caseosa, — una volta il cervello e midollo normale, — una volta il cervello, e due il midollo spinale duri al tatto più del normale.

Microscopicamente si rinvenne il detto tumoretto costituito di cristalli di colesterina, — due volte

(1) Se qualche reperto poco importante si ommise per necessità tipografica nei quadri, si ritroverà nelle storie o nel riassunto che segue.

Digitized by Google

il cuore colla solita atrofia bruna, — due volte corpuscoli amilacei nel connettivo degli emisferi cerebrali e del midollo spinale, come nei vecchi.

Cute. — Per completare lo studio anatomico parendomi necessario procedere agli studi sulla cute dei pellagrosi, ne incaricai il Dott. Griffini, che li eseguì nel laboratorio del Prof. Bizzozero, e sotto la sua vigilanza.

Allo studio della cute di 3 pellagrosi, indurita nel bicromato di potassa, e conservata poi da un anno nell' alcool, si aggiunse quella di un vecchio sano, dai 75 agli 80 anni, ed inoltre quella sana di un giovane morto di meningite tra i 22 e 25 anni, età che corrisponde appunto a quelle in cui morivano quei tre individui pellagrosi.

Esame microscopico. — Cominciossi a desumere la misura esatta di tutti i diversi strati componenti la cute, e si ebbero i seguenti risultati:

Cute del 1.° *pellagroso*, — che era in corso di desquammazione.

Epidermide Millimetri	0,370 a 0,390 —	Media	0,380
Strato corneo »	0,270 a 0,300 —	»	0,285
Reticolo Malpigh. »	0,090 a 0,100 —	»	0,095

Cute del 2.° *pellagroso*, — che presentavasi anemica.

Epidermide Millimetri	0,300 a 0,400 —	Media	0,350
Strato corneo »	0,240 a 0,200 —	»	0,220
Reticolo Malp. »	0,060 a 0,090 —	»	0,075

Cute del 3.° *pellagroso.*

Epidermide Millimetri	0,045 a 0,065 —	Media	0,055
Strato corneo »	0,015 a 0,030 —	»	0,225
Reticolo Malp. »	0,030 a 0,035 —	»	0,032

Cute di un vecchio sano.

Epidermide Millimetri	0,240 a 0,260 —	Media	0,250
Strato corneo »	0,170 a 0,180 —	»	0,175
Reticolo Malp. »	0,070 a 0,090 —	»	0,080

Cute di un giovine.

Epidermide Millimetri	0.270 a 0,300 —	Media	0,285
Strato corneo »	0,180 a 0,210 —	»	0,195
Reticolo Malp. »	0,075 a 0,100 —	»	0,087

Da queste misure esatte si può inferire un' atrofia marcata dello strato corneo, ed una mediocre del reticolo malpighiano nel 3° pellagroso, e un'ipertrofia dello strato corneo nel 1.° pellagroso, ed in un grado minore anche nel 2.° pellagroso, (Vedi Tav. II, Fig. 8), confrontati con quello della cute del giovane, che deve servirci di tipo.

Strato corneo dell' epidermide. — Il margine estremo dello strato corneo, nelle sezioni verticali, si presenta assai irregolare nel 1.° pellagroso, per rialzi ed avvallamenti successivi molto marcati; inoltre si scorge esservi stata una copiosa desquammazione alla superficie dell' epidermide. Lo strato corneo, nella sezione verticale, si vede formato da larghe maglie, date dalle cellule non ancora del tutto degenerate, ma rigonfie; queste maglie larghissime si protendono fino ai $^3/_4$ dello strato corneo, partendo dal reticolo (mill. 0,21), indi succedono le cellule schiacciate per l'altro quarto fino al margine esterno. Questa abbondanza di cellule giovani accennerebbe ad una grande attività riproduttiva del reticolo, appunto delegato a riparare alla continua, e più o meno copiosa desquammazione, con nuove e giovani cellule epidermiche.

Nel 2.° pellagroso lo strato corneo, un poco ipertrofico, ha nel margine esterno rialzi e depressioni meno manifeste; non offre caratteri che accennino, come nel precedente caso, ad una precessa desquammazione, e la rete, a larghe maglie, tracciata dalle cellule epidermiche, è più limitata, cioè passa in un punto più vicino al reticolo, che nel precedente caso, allo strato di cellule corneamente degenerate. In questo punto di passaggio si osservano inoltre delle fenditure, mentre nel precedente caso si ha un vero distacco della parte superiore dello strato corneo dall' inferiore, attaccata al reticolo.

Nel 3.° pellagroso il margine esterno dell' epidermide offre pochi rialzi e avvallamenti, e segna quasi una linea uniforme e leggiermente arcuata. Desquammazione non molto copiosa. — Tale strato, come deducemmo dalle misure, è sottile, atrofizzato; e nelle sezioni verticali le cellule, invece di offrire, come normalmente, delle maglie, che vanno restringendosi man mano che si va verso il margine esterno, dove sono schiacciate e degenerate, appaionvi, tutte, in preda a degenerazione cornea e schiacciate, anche quelle che stanno a ridosso del reticolo, sicchè lo strato corneo sembra formato da tante fibre ordinatamente sovrapposte le une alle altre. E mentre nel 1.° pellagroso la copiosa desquammazione epidermica e la abbondanza di cellule giovani sembra accennare ad una grande attività secernente del reticolo, qui, per ragioni opposte, — cioè scarsezza di desquammazione e di cellule giovani, rigonfie e poco degenerate, — si potrebbe pensare ad una relativa depressione delle attività proprie del reticolo.

Le sezioni verticali della cute del vecchio, per ciò che riguarda lo strato corneo, nulla offrono di rimarchevole. Così dicasi di quelle del giovane.

Reticolo malpighiano. — Nel 1.° e nel 2.° pellagroso trovansi elementi cellulari bene sviluppati, con ciglia pure ben pronunciate; scarsissima pigmentazione; papille a pronunciata seghettatura.

Nel 3.° pellagroso il reticolo è alquanto atrofizzato; le ciglia rudimentali e infiltrate di granuli di pigmento; papille ristrette, piccole, senza seghettatura.

Nella cute del vecchio, se si eccettua la piccolezza delle papille, la pronunciata seghettatura, puossi affermare una struttura analoga a quella

Digitized by Google

del 1.° e 2.° pellagroso; tranne che in questo la pigmentazione trovasi in un grado identico al 3.° pellagroso.

Nel giovane, elementi bene sviluppati, papille del pari, poco pronunciata la seghettatura e la pigmentazione.

Derma. — Nulla offre di rimarchevole, tranne nel 3.° pellagroso, nel quale negli strati superiori, immediatamente sottoposti al reticolo, è *costituito da connettivo omogeneo e splendente.*

Vasi. — Offrono alterazioni spiccate nel 2.° pellagroso, in cui tanto i vasi delle papille, quanto quelli del derma e sottoposto cellulare, offrono pareti grandemente aumentate di spessore a spese in parte del lume vasale, e constano di connettivo omogeneo, splendente, scarso di nuclei, simile in tutto a quello degli strati superiori del derma del 3.° pellagroso, nel quale trovansi pure vasi che, arrivando nel derma, diventano un po' sclerosati, ma non in grado così eminente come nel precedente caso (V. Tav. 2.ª, Fig. 8.ª).

Quanto alle *ghiandole sudorifere*, ai *peli e rispettivi follicoli* e alle *ghiandole sebacee*, per quanto si è potuto osservare, non vi esisteva nulla di anormale.

Riassumendo: nel 1.° pellagroso vi è ipertrofia dello strato corneo, desquammazione copiosissima, attività riproduttiva grande nel reticolo malpighiano; nel 2.° pellagroso spiccata sclerosi dei vasi delle papille e del derma, che si osserva in minor grado nei vasi del derma del 3.° pellagroso, in cui il tessuto, che costituisce il derma, offre caratteri identici al connettivo delle pareti vasali, e manifesta inoltre una palesissima atrofia dello strato corneo, e poca attività riproduttiva del reticolo malpighiano.

Nel 2.° pellagroso si notava una intensa anemia della cute; questo fatto potrebbe, con probabilità, attribuirsi alla sclerosi universale dei vasi cutanei.

Riassunto delle osservazioni anatomo-patologiche.

Cerchiamo ora di riassumere le lesioni osservate, confrontarle con quelle osservate dagli altri, e vedere fino a qual punto collimino colle cliniche osservazioni.

Capo. — L'opacamento latteo, l'iperemia della pia madre, l'ispessimento della dura madre, fu da noi trovato 28 volte su 65, e su queste 4 con presenza di essudati purulenti, 5 volte con stravasi ed ecchimosi sotto all'aracnoide; 23 volte si notò edema esteso o parziale del cervello, e quasi sempre il rammollimento edematoso prevaleva alla volta a tre pilastri; 5 volte riscontrammo più duro il cervello; 8 volte invece trovammo più molle ed edematoso il cervelletto; 11 volte notammo l'atrofia del cervello, sopratutto nella sostanza corticale; 4 volte si notò l'anemia del cervello; 5 l'iperemia, 2 però limitata al corpo striato. Il peso del cervello si notò diminuito in 18 sopra 28 esaminati, 7 volte invece si mostrò più pesante della media normale. — Il midollo spinale si riscontrò quattro volte più pallido e molle, ed una più duro del normale; una volta abbondanza di liquido cefalo-rachidiano.

Anomalie simili vennero pure osservate dagli altri. — Nardi (Sez. 1, 2, 3, 4, 5), Strambio (III. XI.) e Fanzago (V, VI, VIII, XI) rinvennero iniettata la pia meninge e congesti i seni. — Il Liberali rinvenne aracnoite in quasi tutti i suoi sezionati. — Verga trovò 21 volte sopra 41 aderente la dura madre alla volta cranica, 2 volte la dura madre inspessita, e 3 volte opacata l'aracnoidea, una volta sola iniettata ed una volta aderente, ed una anemica la pia madre. — Rizzi pure ne notò 8 volte l'opacamento in 16 morti. — Morelli trovò spesso le ecchimosi sotto le meningi. — Verga trovò 8 volte l'idrope dei ventricoli, e 4 volte più molle, 2 volte più dura la sostanza del cervello. — Morelli rinvenne pure spesso la mollezza del cervelletto. — Verga e Labus rinvennero spesso anemico il cervello, e il midollo spesso pure di color rosso punteggiato. — Nardi e Verga trovarono 9 volte rammollito il midollo, più di raro indurito.

Torace. — Quanto al petto non ci fermeremo sulla frequenza delle pleuriti, degli edemi, degli enfisemi, che si può dire si notarono in *quasi tutti* i sezionati di Lombardia, nè sulla frequenza della pneumonite caseosa e cruposa (5 casi), che forse un tempo si confuse colla tubercolosi; bensì noteremo questo fatto abbastanza curioso, che mentre nei nostri sezionati non si rinvennero che 4 volte tubercoli, e questi 2 volte già obsoleti e calcificati, e mentre in un morto per recente tubercolosi esistevano tubercoli calcificati, che mostravano come avesse superato una prima infezione tubercolare, invece sopra 15 pellagrosi sezionati nel Trentino 9 volte si notò, tubercolosi avanzata, ed una volta soltanto il tubercolo obsoleto; 6 volte notossi l'atrofia o sclerosi del polmone negli stessi pellagrosi di Trento; 9 volte invece notossi nei nostri sezionati, e 3 volte la gangrena.

Ma importantissime furono le lesioni notate nel cuore.

Notammo 12 volte l'aumento di volume, 17 volte l'atrofia, 33 volte la facile lacerabilità, con colorito giallo-bruno del miocardio, 10 volte l'idrope del pericardio, 11 volte l'ateroma, 8 volte l'arrossamento aortico proprio dell'endocardite, ed una volta la miocardite, e due pericarditi.

Nardi pure rinvenne 2 volte il cuore flaccido nei pellagrosi. — Baruffi rinvenne una volta il cuore piccolissimo.

Nell'ultimo resoconto dell'Ospedale Maggiore di Milano, Verga narra aver riscontrato in 2 ipertrofia di cuore, in un dei quali con insuffi-

Digitized by Google

ciensa valvolare; ed altre volte egli e Fanzago riscontrarono atrofia cardiaca.

Labus rinvenne 13 volte ipertrofia ed atrofia del cuore sopra 100 sezionati.

Frank rinvenne una volta il cuore scolorato, esangue, privo di struttura muscolare.

La apparente ipertrofia del cuore, che noi rinvenimmo ben 12 volte, si risolve in alcuni casi in atrofia, quando si pensi quanto spesso il miocardio vi apparisca facilmente lacerabile, flaccido.

Che il volume aumentato del cuore fosse in molti casi dipendente più dallo sfiancamento delle pareti degenerate, che non da un eccesso di nutrizione, appare dal fatto, che cuori tanto voluminosi pesavano meno assai del normale; così il cuore della Gabetta e del Locatelli pesava 200 grammi, e il cuore voluminosissimo di Malinverni pesava 237 grammi, 130 meno del normale.

Sopra 26 cuori pesati, 2 soli e di poco sorpassavano la media normale; 5 erano sol di poco inferiori; tutti gli altri aveano un peso di molto inferiore, qualchevolta, in due, più della metà. Dal che si conclude, che anche macroscopicamente nel maggior numero dei pellagrosi il cuore è affetto da atrofia, e solo in pochi da ipertrofia.

Una volta notammo notevole impiccolimento, e quattro volte dilatazione estesa del bulbo aortico; non fu frequentissimo, ma pur si rinvenne, l'ateroma e sempre parziale, una volta all'*arteria splenica*, una volta alle cerebrali.

Fegato. — Frequenti furono le lesioni del fegato. Noi trovammo 15 volte l'impiccolimento, in 8 poi la così detta atrofia bruna; 13 volte, invece, aumento di volume; 22 volte trovammo l'infiltrazione adiposa; 5 volte il fegato noce moscata; due volte cirrosi. Anche queste lesioni vennero riscontrate dagli altri autori. — Morelli 31 volte su 37 notò il fegato voluminoso, giallo, friabile. — Festler e Bouchard rinvennero una volta l'adiposi del fegato nei pellagrosi. — Verga 2 volte la cirrosi. — Chiarugi 9 volte su 29 notò giallo il fegato.

Quanto al peso, 2 volte sole su 30 superò la media, 3 volte si avvicinò alla media; tutte le altre volte esso fu di molto inferiore, 5 volte quasi della metà.

Milza. — Anche la milza venne da noi trovata atrofica 42 volte, e solo 11 volte ipertrofica; 2 volte con focolai metastatici incapsulati, una con fibromi.

Anche Labus e Verga notarono l'impiccolimento dalla milza, - e il Verga lo notò anche nei tifi pellagrosi; il che avvenne a noi pure di notare 2 volte sopra 3.

Il peso della milza ci si mostrò 23 volte su 30 minore della media normale, 5 volte soltanto maggiore; e si noti, che nei nostri paesi la media del peso della milza, e il suo volume, sono certo maggiori dei paesi non miasmatici.

Rene. — Il rene venne trovato da noi 21 volte adiposo, 31 volte atrofico, cirrotico; 15 volte contenente cisti, 1 nodi calcari di acidi urici, 3 volte nodi da embolismo; una volta era iperemico e voluminose. — Anche Festler lo rinvenne una volta adiposo (gialliccio). — Morelli scontrò pure una volta l'atrofia, 5 volte le cisti dei reni. — Il Gianelli nel suo lavoro sulla *Necessità del Manicomio Milanese. Milano* 1856, *p.* 72, racconta come dalle necroscopie, eseguite a Padova dal Dott. Orsolato, emergesse frequente nei pellagrosi la lesione dei reni sotto forma di morbus Bright.

Il peso dei reni venne trovato 46 volte sopra 52 minore assai della media, 6 volte sole maggiore della media; quasi sempre poi si nota una grande disuguaglianza nel peso dall'uno all'altro rene.

Nell'*intestino* si rinvenne 17 volte l'assottigliamento della tonaca muscolare degli intestini, 17 quelle ulcerazioni del retto, e 32 quelle frequenti iperemie, che furono già annotate da tutti gli autori, e a cui si diede forse troppa importanza.

È curioso, invece, il notare, come due volte si sia trovata l'anemia della mucosa gastrica od intestinale, e 2 volte la ipertrofia della tonaca muscolare dell'intestino; 2 volte si avvertì l'odore ammoniacale della porzione rettale della mucosa, che ben conferma il sospetto dell'ammoniemia; 3 volte si rinvenne la difterite dell'ultima porzione del colon, e 3 volte la presenza di polipi mucosi peduncolati, e 3 volte la stenosi parziale intestinale, e 2 volte sole, in tifi pellagrosi, le tumefazioni delle placche del Peyer al cieco.

Ben poco ci fu offerto di notevole dall'esame del *pancreas*, dei *reni succenturiati* e dei *testicoli*. Una volta sola il pancreas apparve di color bruniccio (Verga) e più lobulato dell'ordinario, un'altra volta vi si notò congestione delle vene pancreatiche. — Una volta soltanto notammo la mancanza dei nemaspermi in pellagroso adulto, soggetto però a lunga malattia. — L'*utero* invece quasi sempre ci apparve ricco d'anomalie: polipi, tumeri (4 su 28), iperemie, ipertrofie (7 su 28), corpi calcari nell'ovaia, ipertrofia delle ovaie, una volta sola atrofia e anemia.

Su 5 reni succenturiati esaminati, 2 volte erano assolutamente normali, una volta ipertrofici; 2 volte la sostanza corticale giallognola, e la midollare giallo-scura.

La vescica 4 volte apparve ulcerata o cangrenata.

Credo utile fare risaltare l'ipertrofia delle glandole mesenteriche trovata 2 volte (una sull'unico *pellagroso con arresto di sviluppo*, che ci sia morto), perchè forse può mettere sulla strada del come il veleno agisca in questo caso ad arrestare l'evoluzione dell'organismo.

Ossa. — Un altro fatto ci pare assai degno di nota, ed è la fragilità delle coste così frequente, che la notammo nel rapporto di 19 volte su 46 esaminati da noi. Questo fatto ci parve importante, per-

Digitized by Google

chè molte volte si notò in individui, che non erano punto marasmatici, che offrivano il peso di 49 a 53 chilogr., che non erano vecchi (Anselmi e C. di Verona), e che non offrivano nessuna lesione nelle altre ossa piatte, e che offrirono anzi il cranio più pesante e compatto del normale, per es. la Orlandi, la Gabetti, l'Anselmi. Infatti noi notammo una sola volta fragile il radio e 19 le coste, 15 volte le ossa craniche compatte e 11 volte assottigliate.

A queste fragilità di alcune ossa molti altri allusero, senza però fissarne l'importanza e la costanza. — Bouchard narra di un pellagroso, che colpito con un piccolo sasso n'ebbe fratturate le gambe. — Villergoit narra di un pellagroso, in cui trovò friabili le coste. — Il vecchio Strambio narra di un pellagroso, che presentava rammollimento delle ossa lunghe, e friabilità delle ossa piatte. — Anche l'Orsolato, citato dal Gianelli (op. cit.), riscontrò frequente l'*atrofia delle ossa*, dipendente, secondo lui, da atrofia eccentrica della sostanza eburnea, con ipertrofia della midollare.

Quanto alla *muscolatura*, essa venne riscontrata, su 44 casi, 21 volte atrofica, 20 normale, una volta atletica, e 2 sole volte affetta da parziale degenerazione adiposa.

Microscopia. — La microscopia ci ha rivelato lesioni importantissime.

Cuore. — La più importante di tutte è l'*atrofia bruna* delle fibre muscolari del cuore, notata 27 volte su 30 esaminati, e sempre con escellulazione, — cioè oltre all'avervi depositi di pigmento nel centro della fibra muscolare, vi era scissura della fibra nelle sue cellule primitive (Vedi Tav. 2.ª, Fig. 1.ª); — 3 volte sole si notò adiposi delle fibre muscolari, 2 volte insieme ad atrofia bruna; una volta si notò pigmentosi della fibra muscolare cardiaca.

Rene. — 19 volte su 30 esaminati si rinvenne degenerazione adiposa dell'epitelio dei canalicoli renali, insieme (meno in 3) a iperplasia del connettivo interstiziale (nefrite interstiziale); — 2 volte si notò pigmentosi del connettivo renale.

Fegato. — 12 volte su 30 si notò adiposi della periferia, e congestione al centro degli acini epatici; — 9 volte le cellule epatiche erano prive d'adipe, e piene di granuli di pigmento; — 2 volte si notò pigmentosi del connettivo epatico.

Cervello e *midollo spinale.* — 10 volte su 24 esaminati si rinvenne deposito di pigmento o di adipe (4 volte di ambidue) nella avventizia dei vasi capillari del cervello (Tav. 2.ª, Fig. 4.ª); — 3 volte si notò anche degenerazione calcare; — una volta ectasia (Tav. 2.ª, Fig. 3.ª) degli stessi capillari; — 8 volte su 12 esaminati si trovò la pigmentazione abbondante delle cellule nervose (Tav. 2.ª, Fig. 5.ª e 6.ª) dei gangli del simpatico, e una volta dei gangli spinali; una volta si constatò che vi era pigmentazione delle cellule nervose del ganglio semilunare, e non del cervicale; — una volta si notò adiposi delle cellule della sostanza grigia del cervello; — una volta si notò lieve sclerosi del connettivo del cervello; — 2 volte corpuscoli amilacei abbondanti nel connettivo cerebrale e spinale. — Quest'ultimo reperto, che del resto è normale nei vecchi, ma da noi si notava in soggetti giovani, fu annotato anche dal Dott. Visconti a Milano e dal Bouchard a Parigi.

In due casi nelle *coste*, come pure nella milza, si riscontrarono numerose le cellule globulifere, con globuli alcuni ben conservati, altri in via di trasformarsi in granuli di pigmento; in ambi i casi le coste erano fragilissime; nessuno dei due erano tifosi. — In un caso di tifo pellagroso, invece, non si rinvennero le cellule globulifere nelle coste, che eran compatte; — ed ecco qui probabilmente una nuova distinzione fra il tifo comune e il pellagroso, che dobbiamo alla scoperta di Bizzozero.

Due soli casi, su 30 esaminati, notammo di degenerazione adiposa dei *muscoli;* nell'uno era circoscritta ai muscoli pettorali, nell'altro ai soli muscoli degli arti inferiori.

Due volte si rinvenne adiposi della corticale dei reni succenturiati.

Su 3 esaminati nella *cute*, 2 volte si trovò sclerosi dei vasi delle papille e del derma, atrofia dello strato corneo, scarsa attività riproduttiva del tessuto malpighiano; una volta ipertrofia dello strato corneo, grande attività riproduttiva del tessuto malpighiano.

Deduzioni.

Se vogliamo raggruppare tutti questi sintomi, dobbiamo dire, che l'affezione pellagrosa tende ad alterare l'organismo in sei diverse guise.

1.° Col provocare iperemie, infiammazioni parziali, essudati, ipertrofie in alcuni organi, e principalmente alle membrane del cervello (aracnoidea in ispecie), al colon, all'utero, all'aorta, poi al rene, alla milza, al fegato, cuore, stomaco, polmone. Queste infiammazioni molte volte si localizzano in porzione dell'organo (corpi striati nel cervello, retto nell'intestino, ecc.), e per la scarsa tendenza a produrre necrosi od essudati, mostrano aver un decorso lentissimo e una moderata intensità.

2.° Col produrre l'atrofia e il marasma di alcuni organi. I più colpiti sono evidentemente il cuore, il rene, la milza, il fegato, le intestina, i polmoni. Dopo questi visceri, la parte del corpo più colpita a preferenza dal marasma sembrano le coste, e da ultimo i muscoli.

Ma il marasmo, l'atrofia degli organi prodotta dalla pellagra non si può assolutamente confondere col comune marasmo. Difatti nel marasmo noi troviamo quasi sempre l'ateroma precoce ed

Digitized by Google

esteso, che pei pellagrosi è raro, e sempre circoscritto.

L'atrofia bruna del cuore, rivelataci dal microscopio tanto frequentemente, è una malattia in genere rara. Essa si trova, come dice Oppolzer (*Ueber die Herzkrankheiten, Wien* 1868), soltanto nei casi di marasmo senile, o di marasmo prodotto da tifo, diabete, quando è straordinariamente diminuita la massa del sangue. Ora da noi esiste anche al di fuori di queste condizioni. Di più il cuore nella solita atrofia bruna è diminuito straordinariamente di peso, dando una media di 153 grammi, in un uomo anche di alta statura; questa scarsa media non fu da noi raggiunta in nessun caso.

Inoltre l'escellulazione è complicazione rarissima, anche nei marasmi senili ecc., mentre da noi era la complicazione più comune (1).

E che queste atrofie dei visceri non debbano confondersi col comune marasmo, lo dimostra il presentarsi esse, qualche volta, in individui per nulla marastici, per es. in Mussini, Chiodi, Malinverni, Cavallini, tutti robusti, ben nutriti e toccanti la media normale del peso. Il Cavallini, anzi, era di muscolatura e nutrizione così robusta, che ben poteva dirsi atletica.

Così pure la fragilità vitrea delle ossa, l'osteopathirosi, che si nota nei *marastici* per sifilide o per vecchiaia, si manifesta colla fragilità delle ossa piatte, e la duttilità delle ossa lunghe (Foerster). Ma ciò non avviene nei pellagrosi, nei quali le sole ossa piatte friabili sono le coste; invece le ossa del cranio, molte volte, appaiono assai compatte, e le ossa lunghe sono tutt'altro che pieghevoli, come ho potuto, con molte esperienze sul cadavere, verificare.

L'adiposi dei muscoli è comunissima nei marastici; da noi invece fu notata assai raramente, mai in tutta la muscolatura, ma solo in alcuni gruppi di muscoli, il che basterebbe a distruggere le teorie di chi, per ispiegare lo stato di buona nutrizione di alcuni pellagrosi, pretese fossero affetti da adiposi muscolare.

3.° Un altra serie di anomalie, prodotte dal veleno pellagrogeno, è l'adiposi; così noi vedemmo l'adiposi del rene, del fegato, qualche volta del cuore, e quello che molto importa, l'adiposi dei vasi cerebrali e delle cellule nervose.

4.° Un'anomalia più caratteristica, e che distingue, a mio credere, l'anatomia patologica della pellagra da quella di altre malattie, è la grande frequenza della degenerazione pigmentaria. Così abbiamo veduto l'atrofia bruna del cuore, la quale, infine, è un'atrofia con pigmentosi. Noi vedemmo, poi, la pigmentazione del fegato, e la pigmentazione molte volte isolata, molte volte mista ad adiposi dei vasi cerebrali e delle cellule nervose. Finalmente abbiamo veduto in due casi, persino, una pigmentazione generale del rene, del cuore, del fegato e dei vasi del cervello.

5.° Sarebbero accennate, ma però con molta più parsimonia, altre forme di degenerazioni, per es. la degenerazione calcare dei vasi del cervello, riscontrata 3 volte, e quella con dilatazione aneurismatica dei vasi del cervello, — che giovano, insieme all'ispessimento delle meningi, ed all'adiposi dei vasi e delle cellule cerebrali, a spiegare la frequenza delle lesioni intellettuali.

6.° In alcuni le lesioni si riducono ad una precoce senilità, donde alcune pigmentosi, ateromi, fragilità dell'ossa, ricchezza di granuli amilacei nel midollo, cateratta capsulare ecc.

Come si spiegano intanto queste lesioni, e come s'accordano colla sintomatologia e colle nostre esperienze?

Che nei pellagrosi abbiano luogo iperemie parziali di alcuni organi, come del rene, del cervello, del midollo, dell'intestino, già ce lo aveano fatto sospettare le esperienze eseguite col veleno del maiz (orine rosse, pesanti), e i sintomi notati nei pellagrosi (cefalea, vertigine, iperglobulia, intorbidi retinici ecc.). Queste iperemie ed infiammazioni hanno luogo del resto in quasi tutti gli avvelenamenti cronici, comecchè, per servirmi delle parole del Bellini, «tutti i veleni giunti all'intima trama » dei tessuti vi producono effetti irritanti; solo » che questi hanno di particolare, che mentre ne » irritano alcuni, altri ne lasciano incolumi.» Ciò accade appunto del veleno pellagrogeno, che induce, a preferenza, iperemie nelle membrane del cervello, nel rene, polmone, milza, utero, nell'aorta, di rado nello stomaco, pancreas, muscoli ecc.

Perchè accadano queste iperemie, come dipendano da parziali paralisi vaso-motorie, si può fino a un certo punto intravvedere in quelle pigmentazioni frequenti, annotate nelle cellule nervose del gran simpatico, tanto più che in alcuni casi (per es. nel Ferretti) si vedono limitate solo ad alcuni gangli.

Ricordiamo, qui, le lesioni singolari dei vasi, sia grossi come capillari, dilatazione parziale o ristringimento del lume aortico, pigmentosi, adiposi, degenerazione calcarea ed ateromatosa, — degenerazioni spesso localizzate ad una data regione (splenica, cerebrale). Queste spiegano pure, come le iperemie si limitassero ad alcuni visceri, ed anche ad alcune provincie dei visceri stessi; e noi vedemmo in molti il colon ascendente, soltanto, esser iperemico, ulceroso ecc.; e nel cervello l'iperemia limitarsi in un caso al corpo striato, e in un altro al piede d'Ippocampo.

Quanto alle atrofie di alcuni visceri, o di tutto

(1) Il Dott. Stefanini di Pavia fece nel Laboratorio di Patologia sperimentale una serie di indagini su cuori di individui non pellagrosi, e non rinvenne mai la escellulazione in individui d'aspetto robusto; e la vide appena nella metà dei morti, marantici, dopo lunghe suppurazioni.

Digitized by Google

il corpo, che si notarono nei pellagrosi, queste in alcuni casi (per es. Gabetti, Magrini, Granata, Orlandi), possono spiegarsi o per la vecchiaia, o per la lunga durata della malattia, o per le profuse diarree, o per la miseria e l'inanizione, cui, oltre all'avvelenamento, furono esposti; ma le più si devono all'azione diretta, irritante, del veleno, che come tanti altri, lo iodio, il mercurio, come i virus organici, sifilitico, tifoso, quando hanno campo di agire lentamente, se non procedono alla necrosi od alla suppurazione od allo stravaso, producono l'atrofia, il marasmo (1). Nel nostro caso noi ne ebbimo già una prova diretta in quella diminuzione di peso notata nei nostri esperimentati. — Che poi l'atrofia fosse un risultato dell'iperemia, ossia un secondario effetto dell'irritazione del veleno, ce lo indica quel fatto, che spesso in alcuni questa atrofia coincide appunto in quei tessuti od organi, che in altri troviamo iperemici; e che, spesso, è accompagnata da avanzi di iperemie, come essudati e ispessimenti delle capsule. — Questa atrofia in genere colpiva piuttosto il cuore, il rene, il cervello (sostanza corticale), la tonaca muscolare, le ossa delle coste; e invece l'iperemia colpiva più l'utero, le membrane cerebrali, la milza, il fegato, l'aorta, l'intestino colon.

Comunque si spieghi questa preferenza del marasmo pellagroso per alcuni tessuti od organi, essa giova a distinguerlo dal marasmo comune, come già dimostrammo nella parte prima.

L'atrofia bruna del cuore, che è così frequente da potersi dire costante nei nostri esaminati, ci spiega quel fatto, comune nei pellagrosi, del diminuito impulso cardiaco e degli edemi parziali e generali (Vedi la Sintomatogia, § 13); ed essa polmonari e pericardici poi a sua volta è spiegata dalle sincopi, palpitazioni, notate nei nostri avvelenati (Vedi la Parte 1.ª).

Noi abbiamo, ben raramente, trovate delle genuine anemie nei pellagrosi vivi, che non fossero, almeno, provocate oltre che da pellagra, da miasma palustre; nel cadavere ne rinvenimmo non di rado le traccie, ma quasi mai estese a tutti i tessuti; erano invece limitate più specialmente all'intestino tenue, cervello, ecc. — Esse si potrebbero spiegare appunto per le condizioni anomale dell'innervazione, che mentre provoca la dilatazione dei vasi capillari in alcune regioni, e quindi iperemie, in altre invece induce effetti contrari. — L'anemia, del resto, si nota anche, ed anzi assai più frequentemente che nei pellagrosi, negli intossicati dall'iodio, mercurio, piombo.

Quanto alla precoce senilità od all'adiposi, esse si spiegano molto bene per l'azione del veleno, conoscendosi come in una grandissima parte degli avvelenamenti cronici predomini appunto il fenomeno della senilità precoce e di quella morte vivente dei visceri, che si chiama la degenerazione adiposa. — Che questa non dipenda da una speciale alimentazione, da eccesso d'adipogeni, lo si potrebbe provare col fatto, che i muscoli, e il cuore medesimo, sono il più spesso colpiti da atrofia, e assai raramente da adiposi. Del resto ora è noto, che perfino nell'alcoolismo, dove meglio quella teoria poteva applicarsi, la degenerazione adiposa dei visceri, reni, cuore e fegato, e dei vasi, è indipendente dalla composizione chimica della bevanda intossicatrice (Vedi Lallemand. *Du rôle de l'alcool dans l'organisme, Paris* 1861).

L'adiposi dell'epitelio e la iperplasia del tessuto connettivo renale può spiegarsi per l'azione diretta del veleno (1), che induce, prima, una congestione, un'infiammazione, la quale poi passa ad atrofia o ad adiposi, del che diedero indizio, già, i nostri esperimentati, come anche i pellagrosi in primo stadio, che presentano orine rosse, urenti, scarse; essa in secondo luogo può derivare dall'anomalia cardiaca, che l'ha preceduta da lungo, comechè a tutte le malattie gravi del cuore, sopratutto all'atrofia, segua l'adiposi renale. Questa frequenza della nefrite interstiziale o dell'adiposi renale ci spiega la forma tifoidea, ossia uremica, dei pellagrosi. — E qui si noti, che l'adiposi del fegato, del rene e del cuore, non accompagnata da iperplasia del connettivo (Vedi le storie di Longhi, Malinverni, Cavallini), si rinvenne 3 volte, in 3 casi di tifo pellagroso. — Succede, probabilmente, in questi casi, come nell'avvelenamento acuto da fosforo, arsenico, mercurio (Concato), in cui la intossicazione provoca, subitamente, la degenerazione adiposa dei tessuti, e quindi quell'uremia che altrimenti può avvenire, ma dopo un maggior tempo, per l'atrofia dei visceri stessi nello avvelenamento cronico. Questo spiegherebbe, come alcune volte si manifestasse l'uremia quasi all'improvviso, e negli individui *robusti* e *grassi*, se noi non avessimo rinvenuto poi un altro caso di tifo pellagroso, in cui quest'adiposi genuina non si nota più. — Queste lesioni cardiache speciali dal tifo pellagroso lo differenziano ad ogni modo dal tifo comune, ove le adiposi non riscontransi mai (2) in questa proporzione, ma invece abbondano le degenerazioni vitree e granulari.

(1) Vedi Ranieri Bellini, opera citata, pag. 116.

(1) È noto, che anche il piombo, il fosforo, il mercurio inducono adiposi renale ed albuminuria. — Un caso di miocardite con iperemia renale fu da noi riscontrato nei nostri pellagrosi.

(2) Sopra 159 casi di tifo lo Zencker ed Hoffmann rinvennero il cuore

56 volte normale
39 con degenerazione granulare debole, con strie visibili
25 con degenerazione granulare, con strie non visibili
21 con leggera degenerazione vitrea
1 con degenerazione vitrea.
(Zeitschr. f. d. prakt. Heilk, 1869).

Digitized by Google

La pigmentazione, che è un fatto quasi caratteristico dei nostri pellagrosi, io non potrei spiegarla se non per quella speciale tendenza agli stravasi capillari, di cui le ecchimosi cerebrali, già annotate in 3 individui, e gli stravasi scorbutici (1) dei pellagrosi, sono un indizio; questi stravasi sono forse cagionati da quelle parziali paralisi vaso-motorie, che si verificarono col termometro in alcuni casi, e sono favoriti anche dal diminuito impulso cardiaco. Succede qui probabilmente qualche cosa di simile a quello che succede nelle petecchie, ove gli stravasi danno poi luogo a macchie di pigmento, perchè le cellule dermiche s'imbevono dell'ematosina, e la ritengono in sito. E qui ricordo quei casi già citati, in cui le desquammazioni pellagrose furono precedute da macchiette rosse, come nella rosolia.

Ad ogni modo, qualunque siane la spiegazione, questo reperto anatomo-patologico si accorda con quel fatto clinico, già parecchie volte verificato da noi, del colore bronzino in alcune regioni, e alle volte in tutta la cute dei pellagrosi. — Noi rammentiamo qui quel Torinese, che affermava essere diventato più oscuro in tutta la pelle dopo i primi fenomeni della pellagra.

Finora tutti i pellagrologhi in questo convennero, che le alterazioni dei pellagrosi sono contraddittorie, e perciò essi ne negavano l'importanza. — Anche noi, e più di tutti gli altri, rinvenimmo questa contraddizione; così, appunto, quegli organi, che apparvero in alcuni atrofici (milza, cuore, fegato), in altri apparvero ipertrofici, e rinvenimmo dilatazione e ristringimento del lume aortico e dell'intestino, assottigliamento, e ipertrofia della tonaca muscolare dell'intestino, iperemia ed anemia del cervello, dello stomaco, dell'intestino, delle papille cutanee e del tessuto corneo. Ma ciò non ha nulla più di strano, quando si pensi come appunto queste contraddizioni le abbiamo pure riscontrate nella sintomatologia così degli esperimentati col veleno maidico che dei veri pellagrosi, e che le abbiamo trovate in tutti gli avvelenamenti cronici. Esse si possono conciliare considerando, che negli uni si rinvennero i cadaveri nello stadio della iperemia prodotta dal veleno, gli altri furono sparati quando s'erano incoati gli esiti di quest'iperemia ed infiammazione, esiti che appunto, quando non conducono a morte, conducono all'atrofia e all'adiposi. Gli uni furono esaminati, quando erano comparsi gli accidenti primari, gli altri, quando esistevano già i secondari del veleno.

(1) Strambio nota, come lo scorbuto dei pellagrosi differisca dal comune, perchè non guarisce coll'uso del vitto vegetale; si sviluppa anche nei non sedentari, viventi all'aria aperta, e si inacerbisce in estate.

PARTE SESTA

PRIMA APPENDICE

Sull'azione del frumento guasto nell'organismo umano

Attribuire la pellagra all'azione del frumento guasto sarebbe in Italia impossibile, comecchè la statistica ci mostrerà (1) trovarvisi i pellagrosi, esclusivamente, nei paesi a maiz; tuttavia autorità assai rispettabili, come quella del Costallat, avendo posto il sospetto, senza fondamento, che ciò accada in Ispagna, mi credei in dovere di istituire degli esperimenti per risolvere, da questo lato, la questione.

Se non che prima che il frumento (*triticum sativum*) si guasti in guisa, da produrre detrimento all'organismo umano, ci corre assai più difficoltà che non accada pel maiz. Mi sono procurato dai fornai e mugnai del frumento, apparentemente guasto, coperto di *penicillum*, che era stato abbandonato in luoghi umidi; ma somministratolo a parecchi, non notai alcuna azione.

Fu solo dopo avere bagnato ripetutamente del grano in un sacco, e lasciatolo in un luogo umido con un pesante pietrone sopra, che ne ottenni un grano, che sviluppava qualche azione in alcuni individui, a cui lo somministrai sotto forma di tintura, alla dose da 6 a 10 grammi al giorno.

Questo grano, esaminato dal Prof. Gibelli, presentava parecchi *penicillum glaucum*, *aspergillum* e parecchie *botryti;* aveva odore di muffa, sapore acre dolciastro, ed era colorato in bruno grigio, colla radichetta già sviluppata e atrofizzata.

Gli individui esperimentati furono i seguenti:

Moro Achille, d'anni 16, intelligente, con parenti sani, affetto già altre volte da eczema, pesante 58 chilogr. — Ne prese dal 15 Marzo all'Aprile senza risultato, dai rutti in fuori e appetito aumentato. Al 2 Aprile accusa bruciore alle fauci, sete, sonnolenza, cefalea; al 6 Aprile stanchezza, bruciore alle fauci, orine frequenti e rosse; al 7 Aprile bruciore al ventricolo, orina rossa, diminuzione dell'appetito. — Sospesi la tintura.

Ripresala in Luglio, non accusa che peso e bruciore allo stomaco, prima aumento e poi diminuzione di appetito, e, un giorno solo, un bruciore alla pianta dei piedi, *come se non avesse stivali.* Questo sintomo non si rinnovò più in tutto il resto del mese.

Il 28 Luglio si notò in lui blefarite destra, e debolezza alle gambe; il peso del corpo era calato di 2 chilogrammi.

3 Agosto. — Avendo raddoppiato la dose, ebbe diarrea ed enteralgia.

Dell'Acqua, portinaio, già citato nell'altre esperienze, attualmente sano e robusto, cominciò a

(1) Vedi l'appendice seconda.

Digitized by Google

prenderne 6 grammi al giorno, il dì 11 Giugno 1870.

Al 18 Giugno accusò bruciore nell'esofago, che si estendeva fino al ventricolo; aumento di appetito, rutti.

Il 20, mal di testa, crampi allo stomaco, bruciore di stomaco, completa perdita di appetito, fiacchezza delle gambe, diarrea, 3 scariche.

24. — Vertigini e tremori, piccole contrazioni muscolari alle braccia, rutti. Orina torbida e rossa.

25. — Inappetenza e vertigini. — Sospettando io che l'alcool, ch'entrava nella tintura, fosse la causa delle vertigini, gli somministrai alcool puro in tripla quantità (20 grammi), ma non si riprodussero le vertigini.

26. — Tremori, rapide convulsioni spastiche ai muscoli delle braccia, debolezza generale.

10 Luglio. — Peso notevole allo stomaco, dolori all'addome, come di fascia che l'attraversasse orizzontalmente; diarrea, vertigine.

11. — Diarrea, sonno rotto, un po' torbido; bruciore sotto alla pianta dei piedi, come se camminasse sui sassi senza scarpe.

Si sospese il rimedio, ma i sintomi perdurarono sino al 16 Luglio.

Bernini, d'anni 35, infermiere, gozzuto, poco intelligente, ne prese dal 10 Maggio a mezzo Luglio, senza provare altro che sonnolenza, rutti, aumento dell'appetito, seguito poi da diminuzione, e sete. Riprendendo il rimedio al 26 Luglio, avvertì aumento d'appetito.

Orlandi, d'anni 61, scabbioso, nel 20 Luglio 1870 prende 6 grammi di questa alcoolatura, e prova bruciore allo stomaco, rutti alla seconda dose, diarrea ed enteralgia; si rifiuta di prenderne ancora.

Cesari L., d'anni 35, giovane robusto, pletorico, ne prende una dose sola, e prova subito bruciore alla gola, rutti, seguiti da crampi dolorosi allo stomaco, enteralgia.

Poletti G., ventenne, intelligente, affetto da piaga eczematosa al piede, alla prima dose accusa rutti, appetito aumentato; alla seconda, rutti e dolori ai lombi ed al dorso, per cui gliene sospesi la somministrazione.

Cantoni, ragazzo scabbioso, d'anni 15, operaio, un po' gozzuto, poco intelligente; nulla alla prima dose; alla seconda dose, appetito diminuito, rutti.

Fossa, muratore, intelligente, d'anni 22, dopo tre dosi non avverte che appetito aumentato.

R., carrettiere, poco intelligente, bevone, d'anni 45, non avverte dopo 6 dosi alcuna azione.

Rossi P., monomaniaco, d'anni 40, prende dal 25 Luglio all'Agosto ogni giorno una dose, e al 2 Agosto non provava nessun effetto, tranne che aumento nell'appetito.

P., monomaniaco, d'anni 37, intelligentissimo; alla prima dose accusa vertigine; vomito alla seconda, diarrea, nausea; alla terza, aumento d'appetito; nessuna azione alla quarta, quinta e sesta dose.

V., muratore, d'anni 22, robusto, alla prima dose ha voracità, e dopo sei dosi accusa vertigine.

R., suo fratello, ventenne, robusto, muratore, non ne prova nessun effetto.

In questi esperimenti spicca evidente la maggiore benignità dei sintomi del frumento guasto in confronto del maidico.

Sopra tredici individui esperimentati, appena cinque offrirono sintomi di qualche rilievo, e tutti gli altri non offersero che leggieri perturbamenti delle prime vie, i quali appunto hanno una grande somiglianza coi sintomi maidici, cioè diarrea, enteralgia, rutti, voracità, inappetenza; due soli sintomi delle prime vie si rimarcarono, che meno spesseggiano nei pellagrosi, e furono i crampi dello stomaco, ed un senso di scottore, che si estendeva dall'esofago al ventricolo.

Assai più rari che nei pellagrosi artificiali si notarono i fenomeni muscolari, e si risolsero in piccoli spasmi muscolari in uno, e debolezza alle gambe in due.

La differenza poi si fa grande pei sintomi cutanei e nervosi: mancano completamente le anomalie della psiche, e manca quel prurito o scottore della pelle, che si trova in quasi tutti i pellagrosi artificiali. Le vertigini e il sonno si notano in quattro soli; in uno soltanto dolori ai lombi e al dorso. In due individui, e furono fra quelli che più ne ebbero ad ingoiare, si notò un sintomo curioso, non mai rilevato nei pellagrosi: era la sensibilità dolorifica esagerata alla pianta dei piedi, espressa da essi col dire, che pareva loro come non avessero la suola della scarpa, o come camminassero su ghiaia o sabbia.

In questi due poi si notò l'orina torbida e roseggiante. In uno di questi si notò un senso di struttura come per fascia intorno al ventre.

Queste osservazioni, per quanto appena iniziate, mi sembrano bastevoli per escludere, che la pellagra possa dipendere dal guasto del frumento, il che già doveva concepirsi a priori dal fatto, che nei popoli, che usano di frumento, non si sviluppa la pellagra.

Ma vi è un altro problema, che interesserebbe risolvere, ed è: se i fenomeni del morbo acrodiniaco possano, come vorrebbero il Costallat e il Cayol, derivarsi dal frumento guasto.

Se noi studiamo le analogie tra i fenomeni acrodiniaci e quelli sviluppati in queste esperienze, vi troviamo alcune analogie, ma anche molte differenze.

Affatto analoghi sono i fenomeni delle prime vie, inappetenza, diarrea, vomito, dolore come di fascia che attraversasse il ventre, e sopratutto quella iperestesia alla pianta dei piedi, precisamente come di chi camminasse sopra la ghiaia, fenomeno questo che fece chiamare l'acrodinia *pedionalgia* dal Santo-Nicoletto di Padova (1807), e *burning of the feet* dal Macolmson (1);

(1) *Observat. on some forme of rheumatism burning of the feet.* Madras, 1835. — Il Tholozan notò venti volte su venti acrodiniaci questa iperestesia del piede.

Digitized by Google

ed analoga sarebbe la mancanza di sintomi psichici, e la prevalenza dei disturbi degli arti inferiori.

Ma in un caso solo si sarebbe notato quella congiuntivite, che, secondo alcuni autori, appare in tre quarti circa degli acrodiniaci, e in un caso solo quei crampi o spasmi muscolari, che sono frequenti in questa malattia; — ed in tutti poi mancarono quei fenomeni cutanei, di edema, di eritema serpiginoso, accompagnati da ispessimento periunghiale, palmare, da urticaria, da cloasma del collo, del ventre, delle pieghe articolari, che si notarono in quasi tutti gli acrodiniaci, benchè assai tempo dopo la comparsa della diarrea. Mancava, poi, l'anestesia plantare, per cui alcuni acrodiniaci non avvertivano la presenza delle scarpe. Le vertigini e la sonnolenza, notate nei nostri sperimentati, non parmi che siensi mai notate in acrodiniaci, spesso anzi esposti all'insonnio. Tutto sommato, solo il sintomo dell'iperestesia delle piante dei piedi parmi comune, finora, agli acrodiniaci ed agli avvelenati da frumento guasto.

Bisogna, però, avvertire, che, da un lato, molti confusero coll'acrodinia altri morbi, — probabilmente l'ergotismo e la pellagra; — e che in alcuni siti ed epoche essa si manifestò con sintomi, come ptialismo, sudori, ascite, dimagramento, catarro polmonare, ulceri, albuminurie, spasmi, formicolio, che non si riprodussero mai in altre epoche a noi più vicine.

Quanto alla contraddizione eziologica di scrittori anche distinti, che l'attribuiscono a fatiche eccessive (Barudel), od al freddo od al caldo umido (Tholozan), od al puerperio (Raumbert), e non accennano punto all'intossicazione cereale, cui credono Cayol, Chardon, Costallat, non se ne maraviglierà punto chi sa quanto si discuta ancora da alcuni sulla causa di morbi ben più alle mani, ed a cause ben più facilmente verificabili, come appunto la pellagra. Gli è certo però, che se l'alimentazione prava deve aver contribuito allo sviluppo dell'acrodinia (1), vi si è pure associato sempre l'agglomero di molte persone in luogo chiuso, che è causa di tanti altri morbi; altrimenti non si spiegherebbe quel vederla svilupparsi sempre nelle prigioni (Belgio, 1846), nelle caserme (Parigi, 1831, Padova, 1807), negli asili dei vecchi (Parigi, 1828) e nelle grandi occasioni di guerra, che provocano enorme accumulo d'armati in un sito (Crimea, 1855; Padova, 1807). Ora una simile concausa deve aver profondamente modificata e resa più grave l'azione delle sostanze venefiche alimentari.

Quanto alle osservazioni di Costallat in Ispagna, le uniche che si possano dire dirette, sulla azione venefica del frumento guasto, io non credo, come il Roussel, che sien tutte da rigettarsi; ma parmi però, ch'egli, per ismania di concluder troppo, abbia confuso la *flema salada* col *mal de hidago* o *de la rosa*.

Il *mal de hidago* è pellagra bella e buona, e il provano, oltre il fatto del presentarsi fra maizofagi, questi sintomi: eruzione erisipelacea al dorso delle mani in primavera; inappetenza, pirosi, dopo qualche anno, vertigini, diarrea, freddo, melancolia, lingua rossa e secca, diarrea o stipsi, orine acquee, debolezza, tendenze idromaniache, o mania. (Costallat. *Etiolog. et prophyl. de la pellagre*. Paris 1869, p. 169). Son questi tutti sintomi pellagrosi, che non han che fare coll'acrodinia.

Invece la *flema salada*, che domina in paesi ove si mangia solo frumento e spesso guasto, come la Vecchia Castiglia, presenta per sintomi: eritema intercarpeo, iperestesia dei piedi, coloramento bruno delle pieghe articolari, congiuntivite edematosa, paralisia dei membri inferiori (Costallat. Idem, pag. 149, 152), che s'approssimano assai più all'acrodinia che non alla pellagra.

SECONDA APPENDICE

Studi statistici sulla pellagra in Italia

Nel Piemonte, la Commissione piemontese, la più operosa di quante furono allora e poi per queste indagini nominate in Italia, constatava nel 1847, relatore l'ill. Demaria, la presenza di 987 individui pellagrosi, dei quali 419 erano maschi, 568 femmine; — 522 poveri, esclusivamente nutriti di maiz, 104 che usavano un cibo misto, 46 agiati, però del contado; di 315 mancavano i dati.

Quanto alla provenienza, se ne rinvenivano 2 a Torino, 2 in Lomellina, 3 a Novi, 4 a Mondovì, 4 a Casale, 5 ad Asti, 5 ad Alba, 7 a Savona, 9 a Bobbio, 10 a Genova, 35 a Cuneo, 200 ad Alessandria, 250 a Saluzzo, 403 a Ivrea.

Appunto nel Canavese Garbiglietti rinvenne pellagrosi a Parella, Pavone, in Bairo, Baldissero, Mazzè, Orio, Barone, S. Giusto e Rivarolo (1).

(1) Indirettamente lo prova la classe dei colpiti, poveri, detenuti o soldati, o raccolti negli istituti pii, che sono i più esposti alle troppo comuni fraudi degli appaltatori; — direttamente lo prova il fatto, che contemporanee ad una di quelle epidemie nel 1830, si notava la pessima qualità delle farine e del pane usufruito dai colpiti, pane guasto di *penicillum roseum*, ed *oidium auranticum*. (Ann. d'Hyg. 1843).

(1) Garbiglietti. Considerazioni sull'antagonismo fra pellagra e scrofola. 1846. — Noto specialmente il Canavese, perchè molti medici di Piemonte ne lo credono esente.

Digitized by Google

Queste cifre però e questi dati, come nella parte prima accennammo, mostrano il morbo nei suoi primordi, come è ora per es. in Toscana e Romagna; noi possiamo già costatare, con altri documenti, quanto la cifra dei pellagrosi siasi, negli ultimi anni, fatta maggiore.

Ivaldi nel solo comune di Masasca (Aqui), popolato da 1400 abitanti, contava, nel 1854, ben 21 pellagrosi.

Pisani, nel Vercellese, provincia quasi immune nel 1849, noverava invece nel 1861 ben 135 pellagrosi, 83 maschi e 52 femmine, dei quali 30 morirono.

Nella statistica necrologica di Torino, compilata dal Rizzetti, contavansi 17 pellagrosi fra i 7744 morti del 1861, e 27 nel 1862, ossia 1,32 per 1000 vivi.

Bonacossa, nelle tavole statistiche del Manicomio di Torino, nota 101 pellagrosi ricoverativi nell'ultimo decennio 1854-64, dei quali 34 morirono a Collegno.

Il tutto sommato si può, senza pericolo d'errore, calcolare a 1245 la cifra dei pellagrosi del Piemonte, — cifra, come vedremo, assai benigna in confronto alle cifre dei pellagrosi lombardi.

Nella Lombardia queste cifre vanno prendendo una proporzione veramente spaventevole, e ciò non tanto perchè il male v'impiantasse le più vecchie e più salde radici, nè perchè l'uso del maiz vi si diffondesse, per tutto, spingendosi a sostituire la segale in Val Sassina e Valtellina, quanto per la poca tendenza nel contado all'associazioni mutue (1) ed all'emigrazione, donde il pessimo sistema di contratti coloniei, che non permette all'infelice bracciante nemmeno la lontana speranza, ahi! nemmeno il desiderio di una redenzione.

Nel 1839 i pellagrosi lombardi sommavano a 20,282, distribuiti così:

Milano	3075	— 12	pellagrosi su	1000 abitanti
Mantova	1228	— 8	»	»
Brescia	6939	— 29	»	»
Bergamo	6071	— 24	»	»
Como	1572	— 9	»	»
Pavia	573	— 5	»	»
Cremona	445	— 4	»	»
Lodi	377	— 2	»	»
Sondrio	2	— 1	»	»

Nel 1856 il numero dei pellagrosi lombardi si trova, di botto, quasi raddoppiato, a 38, 777, come risulta dalla seguente tabella del Balardini.

(1) Qui mi sia permesso notare, che i magazzini cooperativi, gli istituti di credito popolare, diffusi anche nei contadi dall'amico mio Prof. Luzzati, promettono riparare a questa vergognosa piaga della terra lombarda.

Digitized by Google

Stato dei pellagrosi in Lombardia alla fine dell'anno 1856.

PROVINCIE	Popolazione delle località colpite	Pellagrosi		I contronotati pellagrosi versavano nell'età da anni							Erano			Erano		Avevano le facoltà mentali		Suicidi		Morti naturali per pellagra	Mortalità ogni 100 pellagrosi	OSSERVAZIONI
		Maschi	Femmine	1 a 10	10 a 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60	60 in avanti	Contadini	Operai	Esercenti altri mestieri	Curabili	Non curabili	Ancora intatte	Alterate	Maschi	Femmine			
Milano	483278	2959	2738	540	623	811	1064	1174	997	688	5528	114	55	4775	924	5266	431	17	11	405	7, 66	Non sono compresi i pellagrosi ricoverati in fine d'anno negli spedali e nei manicomi.
Bergamo	391259	5039	3483	356	974	1411	1919	1704	1367	801	7542	669	311	6610	1912	7834	788	14		550	6, 67	
Brescia	318322	6419	4505	401	919	1628	2731	2669	1589	987	9167	1285	472	9099	1825	10032	892	6	8	661	6, 18	
Mantova	263829	1229	966	56	155	282	511	576	594	218	1913	209	73	1593	602	1842	353	11	5	275	13, 26	
Cremona	163832	3568	3041	249	380	694	1588	1944	1323	431	6662	242	305	4550	2059	6156	453	11	17	190	3, 43	
Como	402893	1043	985	90	200	347	407	437	532	215	1968	33	27	1585	443	1773	255	2		141	7, 05	
Lodi	22435	472	404	33	73	183	174	240	110	83	685	75	118	706	170	807	69	1		55	6, 39	
Pavia	143931	393	361	25	77	101	173	183	138	57	708	27	19	545	209	611	145	2	1	88	12, 07	
Sondrio	68941	18	5	1	1	3	6	3	2	7	23			5	8	17	6			11	47, 83	
	2470656	21140	16488	1551	3402	5390	8576	8930	6292	3487	37628	2652	1380	29476	8152	84238	3390	64	46	2385	6, 63	
							27628				27628			37628		37628		110				

In fine dell'anno 1855 erano ricoverati nei diversi ospitali e manicomi della Lombardia 1149 pellagrosi, per cui la cifra loro in totale ascende a N. 38777.

Morirono negli ospitali e nei manicomi N. 704 pellagrosi, e 113 finirono i loro giorni per suicidio. — Il numero totale dei morti ascende quindi a N. 3202, e così per ogni 100 pellagrosi si ebbero 8, 26 morti.

Le morti per suicidio compiuto coll'annegamento furono 48, di cui 32 maschi e 16 femmine.

Digitized by Google

Si vede da questa tabella, come i maschi pellagrosi prevalgono sulle femmine.

Quanto alla proporzione delle provincie;

Cremona	avrebbe	1	pellagroso su	24	abitanti
Brescia	»	1	»	41	»
Bergamo	»	1	»	107	»
Milano	»	1	»	154	»
Pavia e Como	»	1	»	488	»
Sondrio	»	1	»	4166	»

Sondrio avrebbe offerto un numero minore, perchè minore vi era l'uso del maiz, e maggiore quello della segale e delle castagne. Le proporzioni delle altre provincie sono veramente gravi. Se non che nemmeno queste cifre esprimono, in tutta la sua realtà, la diffusione del morbo.

Noi vediamo, infatti, che si calcolavano a 1149 i ricoverati nei manicomi ed ospitali di Lombardia; or bene, nel solo Ospitale maggiore di Milano dal 1850 al 1860 si accolsero, secondo l'ufficiale resoconto del Verga, ben 2929 pellagrosi, dei quali 1772 migliorarono, 625 morirono. Da quel resoconto, risulta come nella provincia di Milano eccellesse per la triste abbondanza di pellagrosi Seregno, che spediva ben 66 affetti; venivano quindi i comuni di Magenta, di Meda, dei Corpi Santi, di Bollate, di Castano, Milano, Novate, Cassano d'Adda, Corbetta, Bossetto, Uboldo, Gerenzano, Casorezzo, Fermo, Settimo, Carugate. — Negli anni 1861-62-63 ne ricoveravano ben 2159, di cui 1436 maschi e 823 femmine, che diedero 400 morti.

Fra questi, 179 avean superato il 60.° anno, e 78 il 66.°, prova questa che si può invecchiare malgrado la pellagra.

La mortalità fu del 13, 31 % per le femmine, 8, 23 pei maschi, nei non deliranti; di 40, 72 % per le femmine, e 28,58 pei maschi, deliranti. Anche in questo triennio predominano i pellagrosi a Gerenzano, 1 ogni 88 abitanti — Bollate, 1 ogni 105 ab. — Novate, 1 ogni 97 — Castano, 1 ogni 165 — Gessato, 1 ogni 60 — Mesento, 1 ogni 80 — Bareggio, 1 ogni 114 — Arluno, 1 ogni 127 — Parabiago, 1 ogni 167 — Cantù, 1 ogni 185.

I mandamenti della bassa Lombardia mandavano pochi pellagrosi, — Melzo 25, Locate 12, e pochissimi Lecco e Treviglio.

A Varese la pellagra domina nei colli, sparisce al lago (Tassani).

Nella Senavra di Milano, secondo il rendiconto del Castiglioni, entravano

nel 1866,	130	pellagrosi maniaci,	di cui	20	morirono
1867,	131	»	»	17	»
1868,	158	»	»	23	»

A Chiari i pellagrosi ricoverati furono 147 nel 1858, 172 nel 1859, 195 nel 1860.

Nella provincia di Como nel 1867, secondo il Bonomi, vennero ricoverati al manicomio 29 maniaci per pellagra.

Nella provincia di Cremona abbiamo dettagliate statistiche del Robolotti. Su 7494 pellagrosi ricoverati in un decennio nell'ospedale,

1088	entraronvi in	Maggio
974	»	Giugno
965	»	Aprile
775	»	Luglio
700	»	Marzo
569	»	Agosto
461	»	Febbraio
441	»	Gennaio
411	»	Dicembre
389	»	Settembre
578	»	Novembre
343	»	Ottobre

Si vede, come il massimo dell'entrate sia nel Maggio e Giugno, e come la primavera dia più che il doppio quasi di entrati; — nel Luglio ed Aprile prodomina l'entrata delle donne, nel Marzo e Giugno quella degli uomini. — La mortalità, che fino al 1827 era di 25 per 100, vi scese ora al 18-19 per 100.

In Valtellina ho potuto verificare io stesso qualche sporadico caso di pellagra.

Dei pellagrosi accolti nell'Ospitale di Pavia diede una esatta statistica il Golgi, da cui risulta che nel 1863-4-5-6-7 entrarono pellagrosi deliranti da

Pavia	0	popolazione	30,480
Corpi Santi	5	»	24,338
Bereguardo	3	»	16,223
Belgioioso	11	»	18,375
Cava	3	»	12,769
Corteolona	25	»	31,794
Sannazzaro	1	»	9,463
Candia	1	»	9,787
Soriasco	2	»	6,938
Gambolo	2	»	10,878
Garlasco	1	»	15,911
Pieve del Cairo	1	»	11,272
Sartirana	1	»	20,972
Casatisma	1	»	10,301
Voghera	1	»	18,308

A Bergamo nel 1866 entravano 156 pellagrosi maniaci nel manicomio di Astino.

In Mantova nel 1867 io potei notare 26 pellagrosi all'ospedale, di cui 21 al manicomio.

A Brescia ne rinvenni 46, di cui 39 al manicomio, così ben diretto dal Manzini, e 17 a Rivarolo del Re.

Non si può adunque sbagliare asserendo, che la cifra dei pellagrosi lombardi sorpassa il numero di 40,000.

Nel Veneto le cifre suonano meno tristi. — Ecco quelle ufficialmente raccolte dallo Spongia nel 1858.

La provincia di Venezia nel 1853 contava solo 29 pellagrosi, — nel 1852 ne contava 39, di cui 24 di

Digitized by Google

Porto Gruaro, 10 di Sandonà, 3 di Chioggia, 2 di Mestre. — Nel 1 Gennaio 1853 i pellagrosi salivano a 267,

230 di Mirano
36 di Porto Gruaro
1 di Dolo
0 di Venezia e Mestre,

dei quali 59 guarirono, 41 morirono.

La provincia di Verona, dal 1854 al 1856, contava ben 1009 pellagrosi, di cui:

151 a Verona,
18 a Villafranca,
30 ad Isola della Scala,
6 a Sanguinetto (destra dell' Adige),
32 a Cologna
32 a Legnago,
119 a S. Bonifacio,
17 a Tregnago,
97 a S. Pietro in Cariano,
407 a Caprino (riva destra dell' Adige),
100 a Bardolino.

La media annua fu di 336.

La provincia di Udine, dal 1853 al 1855, ebbe ben 1915 pellagrosi, così distribuiti:

Udine (città)	38	pellagrosi	
» (distr.)	329	»	
Ariano	1012	»	pedemontani
Sacile	1238	»	»
Pordenone	558	»	»
Gemona	178	»	montuoso
Tarcento	535	»	»
Codroipo	359	»	pianura
Lacisana	38	»	»
S. Vito	18	»	»
Palmanova	57	»	»
San Daniele	80	»	»
Spilimbergo	15	»	»
Maniago	129	»	»
Cividale	361	»	pedemontani
Sampietro	40	»	»
Moggio	13	»	montuoso
Ampezzo	2	»	»
Tolmezzo	28	»	»
Rigolato	—	»	»

Treviso in 8 anni contava bene 38,042 pellagrosi, circa 4755 per anno.

Nel 1856 erano 7880 i denunciati, e così distribuiti:

2048	nel distretto	di Treviso	pianura
110	nella città	di Treviso	»
961	»	in Oderzo	»
1486	»	in Conegliano	collina
583	»	in Ceneda	»
492	»	in Valdobbiadene	»
797	»	in Montebello	»
471	»	in Asolo	»
923	»	in Castelfranco	»

Rovigo nel 1853 contava solo 160 pellagrosi:

63 a Rovigo, 7 a Massa,
7 ad Adria, 19 ad Occhiobello
16 a Lendinara, 9 a Poleselle,
28 a Badia, 11 ad Ariano.

Padova conta una media annua di 1380 pellagrosi; dal 1851 al 1853 erano 10,256.

Sopra 3248 pellagrosi denunciati in Padova nel 1855, si contavano:

1,018 in Padova, città e distretto,
1,014 in Campo Sampiero,
390 in Cittadella,
257 in Este, Montagnana e Monselice,
569 in Conselve e Pieve,

terre queste ultime basse e ubertosissime.

La provincia di Vicenza avrebbe dato una media di 1380 pellagrosi.

In tre anni essi sommavano a 4442.

Nel 1860 notavansi pellagrosi:

325	ad Asiago	montuoso
527	a Bassano	pedemontani
57	a Barbarano	collina
907	a Marostica	»
55	a Lonigo	»
288	a Thiene	»
43	a Malò	»
14	a Cittadella	collina
46	ad Arzignano	»
3	a Camisano	»
625	a Valdagno	»
84	a Schio	»

La provincia di Belluno nel 1854 avrebbe offerta la cifra di 1140 pellagrosi, fra i quali primeggiavano:

538 a Feltre
137 a Fonzaro
354 a Belluno

Noi constatammo la media annua dei pellagrosi di circa:

575 a Belluno
1380 a Vicenza
1380 a Padova
160 a Rovigo
4775 a Treviso
1335 a Udine
336 a Verona
267 a Venezia.

Nè le cifre migliorano negli ultimi tempi, perchè nel 1861-62.

Treviso	su	65	morti ne contava	15	per pellagra
Padova	su	2149	» »	148	»
Venezia	su	4192	» »	25	»
Verona	su	1000	» »	1	»

Finalmente la cifra delle manie pellagrose, cui possiamo con una certa esattezza seguire nei due

Digitized by Google

manicomi di Venezia, ci mostrano il progressivo aggravarsi e diffondersi dal morbo.

Nel decennio 1847-1856 ricoverarono nel manicomio di S. Servolo (1).

95	pellagrosi	della	provincia di Venezia
118	»	»	di Padova
83	»	»	di Vicenza
109	»	»	di Verona
209	»	»	di Treviso
22	»	»	di Belluno
112	»	»	di Udine
12	»	»	di Rovigo

in totale 760 ossia, 76 per anno.

Nel quinquennio 1857-1861 entraronvi 411 maniaci pellagrosi.

68 da Venezia	78 da Treviso
61 da Padova	6 da Rovigo
77 da Vicenza	65 da Udine
56 da Verona	

ossia 82 per anno.

A questi si devono aggiungere 117 pellagrosi del manicomio femminile, sicchè dovremmo calcolare in media circa 199 manie pellagrose per anno.

Nel 1865-66-67, secondo le belle statistiche del Salerio, si ebbero altri 100 nuovi pellagrosi, di cui 43 con forma maniaca, 20 melanconica, 37 dementi; ne uscirono 87, e morirono 31.

Da tutte queste cifre spicca la prevalenza del morbo in alcune provincie, come Treviso, Udine, Padova, a preferenza d'altre, come Verona, Venezia e specialmente Rovigo, ove piccolissimo è il numero dei pellagrosi, e quasi nullo quello dei maniaci pellagrosi, precisamente perchè ivi il pesce, l'orzo ed il riso, temperano, o sostituiscono l'uso del maiz.

La distribuzione della pellagra nel Veneto mostra quanto poco vi influisca la posizione topografica.

Infatti noi la vediamo a Belluno predominare al sud, invece a Venezia e Rovigo scemare al sud; e mentre a Vicenza e Padova occupa il nord, a Cittadella, a Udine predomina l'ovest; ed in Ariano, Sacile e Treviso verso l'est, a Oderzo, Valdobbiadene, e Padova signoreggia al piano, in Conselve e Vicenza al monte (Asiago e Bassano).

Concludiamo, che quanto a pellagra il Veneto, benchè dia una gravissima cifra (10,000 pellagrosi in media per anno) pure resta al disotto di non poco dal finitimo territorio Lombardo; ciò proviene dalla meno esclusiva alimentazione di grano turco, specialmente a Rovigo, Belluno, Venezia, dall'occupazione marittima, dalle carni di pesce usate nel litorale delle Lagune, e più ancora dalle condizioni più vantaggiose fatte ai coloni dalle mezzadrie, che permettono al contadino una maggiore larghezza di vitto e di vestiario.

Noi non abbiamo dati statistici sulle professioni, e sulle cause della morte dei nostri pellagrosi; ma il diligente studio di Argenti sui 1959 morti di pellagra a Padova nel decennio 1848-1857 ci permette di addentrarci anche in questa quistione col filo non elastico delle cifre.

Su 1959 pellagrosi morti in quel decennio:

1853 erano agricoltori e braccianti	11 cucitrici
15 industriali	5 felegnami
12 domestici	3 calzolai
10 mendici	50 mestieri vari (bottai, ferrai ecc.).

I maschi erano pareggiati alle femmine.

I maniaci pellagrosi però erano in minor numero delle femmine.

Quanto alle cause della morte, si distribuirebbero così:

329	morirono	maniaci suicidi (191 femm., 138 mas.)
283	»	di paralisi
276	»	di diarrea
53	»	di tabe
126	»	di bronchite
103	»	di tifo.
799	»	di malattie diverse, colera ecc.

Nell'Emilia, a Piacenza, Parma, Modena, Ferrara, Guastalla, la pellagra è diffusa ed in grave proporzione, ma non ci fu dato raccogliervi delle cifre officiali.

A Piacenza io osservai 12 pellagrosi all'ospedale, di cui uno robusto, 4 con paresi.

A Reggio ne osservai 10 al manicomio e 8 all'ospedale, i più provenienti da Celle, Barco, Villanova, Ca di Bosco.

A Massa il pane di maiz, o marocco, sostituisce la farina di castagne usata dai paesi vicini, e ciò da più 100 anni; — il maiz vi è preso da verderame. Eppure il Vacca non vi notò la pellagra che in quest'ultimo decennio, quando la malattia della vite tolse al povero quel grande antidoto della pellagra, il vino, di cui essi usavano largamente.

La pellagra fu pure notata dal Venturini a Fognano ed a Brisighella.

In Bologna nel manicomio di S. Orsola furono ricoverati dal 1842 al 1854 ben 269 pellagrosi. Non è molto il chiarissimo Prof. Monti notava su 496 maniaci, ivi stati ricoverati, la pellagra aver influito 73 volte; 47 volte nelle donne, 26 negli uomini. — Dal 1861 al 1867, secondo gli studi dello Zani, vi entrarono 200 pellagrosi, 108 femmine e 92 maschi. Ma dal 1864, in poi, ogni anno il numero degli entrati vi decrebbe; infatti era

(1) P. Salerio. Tavola statistica del manicomio di S. Servilio. Venezia, 1862.

Digitized by Google

nel 1861	di 39,	Uomini	21,	Donne	18
» 1862	di 45	»	13	»	32
» 1863	di 64	»	30	»	34
» 1864	di 15	»	7	»	8
» 1865	di 27	»	10	»	17
» 1866	di 4	»	3	»	1
» 1867	di 4	»	2	»	2 (1)

In Ancona nel 1865-67 entrarono nel manicomio, secondo il Mencucci, 7 pellagrosi; ne morirono 2, e guarirono 4. Tre anni prima se ne contava 1 solo.

A Perugia un solo pellagroso maniaco avea notato il Bonucci.

A Pesaro il Girolami avea, in un dodicennio anteriore al 1864, notato 69 pellagrosi maniaci. — Dal 1864 al 1867, secondo il Monti figlio, crebbero a 53 i pellagrosi, 36 femmine e 17 maschi. — Il Girolami notò la pellagra specialmente a Monte Luciano, Monte Fabbri, Valle di Fava, Prenabile, S. Savino, S. Giovanni in Marignano, Monte Colombo, e più ancora in Monte Grimano, ove da 60 anni si introdusse lo zea-maiz, ed ove il male comparve 35 anni or sono. In alcuni paesi in cui dal maiz non si fa molto uso, come Sodeo, la pellagra appena fa capolino, e in altri come Mercatello, Gradaro, Monbaroccio, nei quali il maiz non si usa punto, la pellagra è ignota (Girolami. *Della Pellagra nella provincia di Pesaro*, 1859).

Nella Toscana il Cipriani, il Morelli, il Vignoli constatarono la diffusione crescente della pellagra, che serpeggia in Val d'Arno Superiore, in Val di Nievole, a Pescia, Pistoia, Chianti, ed or ora a Volterra, a Bati (su quel di Pisa) e sul colle di Firenze e Mugello.

Ivi nel 1821 i pellagrosi ammontavano da 6 a 12; nel 1846 erano già 149; e a dimostrar quanto ora siano aumentati, basti dire, che l'ospedale dei Cutanei ricoverava, dal 1859 al 1868, 1240 pellagrosi maschi, 1265 femmine, in tutto 2505, di cui 214 morirono. — Dal 1818 al 1861 vi ricoveravano 4472 ammalati di pellagra, 2300 maschi e 2172 femmine (Giarrè. Dello spedale dei cutanei. 1869).

Il Bini nel 1850-52 contava 18 manie pellagrose nel manicomio di S. Bonifacio di Firenze. — Nel 1867 ne entravano 15, nel 1868 12, e ne morivano 6.

A Lucca il Neri contò, su 440 alienati, 29 pellagrosi, 19 uomini e 10 donne.

Nel Trentino il Dalla Rosa notava nel 1866-67 17 pellagrosi entrati nell'ospitale di Trento, 12 maschi e 5 femmine, tutti della Riva destra dell'Adige — Io ve ne rinvenni 40 nei paesi delle Giudicarie, Favrio, Campi ecc. e nei dintorni di Trento.

Finalmente nella Comarca di Roma, a Palestrina, a Capranica, nel 1861 notavansi casi numerosi (più di 22) di pellagrosi (Manassei. Relaz. del 1861), e precisamente dopo che al grano si sostituì la coltura del maiz, che vi si cuoce spesso, affetto da verderame, in pani detti *pizze*.

Nel Napolitano e nella Sicilia non si notò ancora la pellagra endemica, quantunque il maiz vi si consumi in quantità, e quantunque lo sporisorium maidis non rare volte vi venisse osservato. Giova notare questo importantissimo fatto, benchè contraddica la teoria nostra sulla eziologia della pellagra, ma ne giova pure riflettere, che l'uso del maiz non vi è esclusivo, — che si hanno, ivi, nei sili un eccellente sistema di magazzinaggio, — che il maiz non vi si cuoce in grossi pani come da noi, — che i contratti colonici non sono ivi così estesi come in Lombardia, — e che il contadino vi si ciba di caffè, di ova, formaggio caprino, e, nelle coste, di pesce, e sopratutto di quei legumi, che vanno così ricchi di fosfati, come il cece ed il fagiuolo.

Ma il Napolitano se va esente dalla pellagra, non isfugge, nemmen egli, ad altri men diffusi, ma pure altrettanto funesti morbi alimentari.

Tale si è lo storpio, come lo chiamano, o paresi degli arti inferiori, indotto dell'intossicazione dei *lathyrus alatus e sativus*, legume comunissimo negli Abruzzi e nel Principato Ultra (ove se ne raccolgono 10,000 tumuli), e con cui spesso confezionano pane.

TERZA APPENDICE

Sul penicillum glaucum maidis

L'uomo, anche il più istrutto, ha bisogno di fissare la sua attenzione su qualcosa di apparentemente concreto, che lo riposi dalle dubbiezze. Alla peggio egli inventa all'uopo delle parole vaghe, e vi si abbandona ed accontenta; — ma più

(1) Lo Zani spiegommi assai bene, in una lettera gentile, la causa di questo decrescimento: il prezzo del maiz quasi elevato a quello del fromento, lire 13 il primo e 16 il secondo, mentre 30 anni fa il maiz valeva 4 a 5 lire per corba, che è ⅓ del presente, fece diminuire il consumo del maiz; — poi la diminuzione della malattia dell'uva, l'introduzione dell'hedisarium, la cessazione della tassa di focatico e del bestiame resero più agiata la vita, e quindi più lauta l'alimentazione del contadino, e permisero di neutralizzare il veleno maidico, se mai veniva introdotto fra i cibi, con generose dosi di vino. Tutti, soggiungeva lo Zani, vi fan uso del vino, almeno del vino bianco. E che ciò sia, lo prova col numero grande di alcoolisti, che appunto andò aumentando ogni anno, quanto più decrebbero i pellagrosi, sicchè giunsero alla cifra di 13 per ogni 100 pazzi, e 1 ogni 100 pazze, proporzione sestupla e più dei manicomi italiani.

Digitized by Google

facilmente afferra qualche parvenza più saliente dei fenomeni, che gli arrovellano la mente, e se ne giova a sciogliere il nodo, non importa poi se bene o male. — Così nella febbre trova aumento di calore, ed ecco il fuoco, l'infiammazione. — Quindi nella pellagra, quando potè riposarsi sullo *sporisorium*, la spiegazione parve trovata. Ora lo sporisorio s'è chiarito non poter esser la causa della pellagra, e vedendo che il massimo numero dei grani di maiz, che provocano la pellagra, portano addosso il penicillum, essi s'attaccano a questo, e male interpretando le osservazioni concludono che da esso origini tutta la triste fenomenologia pellagrosa. — Ora mi giova ripeterlo, non ho mai detto che il penicillum glaucum produca la pellagra, ma sì il maiz guasto coperto da *penicillum glaucum*. Diffatti l'iniezione di penicillum glaucum sotto-cutaneo non mi produsse alcun effetto; e nessun altro che pirosi e bruciore alla faringe l'uso continuato di esso per bocca. — Nessun sintomo notevole offersero ratti nutriti con penicillum glaucum.

Recentemente volendo spedire ad illustri clinici del maiz guasto, per sperimentarlo nella psoriasi, ho fatto inumidire del maiz secco e duro, colto da molti mesi, e dopo molte fatiche ho ottenuto un grano coperto di penicillum, che era eccellente al gusto, e che provato da me per un mese di seguito, non mi produsse la benchè minima azione. Ciò conferma le esperienze suddescritte.

Ma che il penicillum del resto sia innocuo, lo sappiamo ora per tanti modi, che davvero son troppi.

Cordier mangiò per molti giorni penicillum, che copriva varie frutta, e non ne sentì alcun danno (Payen. *Sur les Cryptog.* Paris. 1870).

Fontanelle osservò nell'Haute Marne, ed in Catalogna, che i contadini mangiano pan guasto da penicillum, e non ne hanno danno (*Journ. de Chim. méd.* Vol. VIII. 55).

Gohier ne somministrò fino alla dose enorme di due chilogrammi ai cavalli senza danno (*Ann. d'Hyg.* 1843).

Haussmann innestava, testè, senza effetto, il penicillum glaucum nella mucosa della vagina femminea (*Die Parasiten der Geschleschtstheile. Berlin* 1870).

Grohe iniettò nelle arterie di conigli penicillum ed aspergillum; notò che diedero sviluppo di spore, ma i risultati letali erano prodotti da emboli meccanici, che otturavano il lume dei vasi.

Semmer infatti iniettò nella iugulare di due puledri una piccola quantità di spore di penicillum, e non ne ebbe alcun effetto; amministratolo in grande dose produsse una leggera febbre, senz'altro danno (*Result. der Injection. von Pilzsporen* p. 1870). Non è nel penicillum glaucum maidis dunque, ma nel parenchima ammorbato del maiz, che deve cercarsi la causa della pellagra.

QUARTA APPENDICE

Casi di psoriasi ed eczema guariti coll'uso di maiz guasto

Al caso di psoriasi ostinata, guarita dallo Scarenzio coll'uso prolungato di tintura di maiz guasto, annotato nella parte 1.ª, sezione 1.ª, § 4.°, potei aggiungerne due altri.

Luigia Porta, d'anni 40, sorella di alcoolista morto per emorragie cerebrali, impazzita senza causa, ora demente, scarna, con menstruazione regolare, è coperta nella cute del collo, petto e ventre di pitiriasi, verruche, e al capo da eczema furforaceo, e da scrofulide squammoso eritematoso, che si estendeva come maschera su tutta la faccia. — Si tentò vincere queste ultime due affezioni colla dulcamara, grafite, arsenico, zolfo, senza alcun risultato; anzi la dulcamara produsse minaccie di paralisi cardiache. — Somministratole per tre mesi e mezzo la tintura di maiz guasto, sei grammi al giorno, in un mese scomparve completamente l'eczema del capillizio, e della scrofulide eritematosa del viso non restavano che lievissime traccie alla radice del naso. Non si notò alcun effetto venifico dalla sostanza, meno inappetenza leggera, e diarrea; la demenza perdurò, e perdura tuttora.

Ranetta A., d'anni 62, donna completamente demente, con ineguaglianza delle pupille, cranio ben conformato, ben nutrita, portava alla guancia destra una vasta piastra, della lunghezza di uno scudo, di psoriasi squammosa. — Curata a lungo coi rimedi locali, ed internamente con zolfo, arsenico ecc., non migliorava punto; sottoposta all'uso della tintura di maiz guasto, dopo cinque mesi di questa cura guariva; sparirono completamente le piastre, e non ne restò altra vestigia che l'assottigliamento dell'epidermide, come si nota in una cicatrice di vescicante.

Sulle alterazioni dei vasi linfatici del cervello

STUDI

DEL

Dott. CAMILLO GOLGI

Medico-Chirurgo Secondario nell'ospedale di Pavia

Memoria onorata del premio Grassi pel 1869

(Dal Laboratorio di Patologia Sperimentale)

La riforma medica attuale.... ebbe il suo punto di partenza nelle nuove nozioni fornite dall'anatomia (Virchow. Pat. Cell. Lez. I.).

L'anatomia patologica dei linfatici del cervello già venne, per opera specialmente di Virchow, di

Digitized by Google

Kölliker, di Bizzozero e di Rindfleisch, arricchita di fatti importanti; però finora nessun osservatore pensò a fare indagini su larga scala, nè intorno alle alterazioni primitive a cui essi vanno soggetti, nè intorno al modo con cui i medesimi si comportano nelle diverse malattie cerebrali. Perciò il quadro delle alterazioni patologiche dei linfatici del cervello è tuttora molto incompleto, nè abbastanza sinora potè essere valutata la loro importanza.

A me parve pertanto, che una serie di minute ricerche intorno a questo argomento non potrebbe a meno che offrire degli interessanti risultati; e mi posi all'opera, prendendo ad esame i vasi di quanti cervelli di bambini e di adulti, con o senza alterazioni, mi sono potuto procurare.

Il risultato de' miei studi corrispose all'aspettativa; ed invero, se i fatti, ch' io trovai, sono lungi dal completare il quadro delle alterazioni patologiche dei linfatici cerebrali, aggiungono però ad esso dei frammenti, a mio giudizio, importanti, e valgono a far meglio apprezzare l'importanza che quegli organi ponno avere.

Onde rendere più chiara, e per me più facile, l'esposizione dell'argomento, darò prima un cenno intorno alla normale struttura e disposizione dei linfatici del cervello, e passerò quindi a descrivere le alterazioni, che si sviluppano primitivamente in essi, o che s'accompagnano a taluni processi morbosi delle meningi e del cervello.

I.

Fino a pochi anni or sono gli anatomici o negavano affatto l'esistenza dei vasi linfatici del cervello, o l'ammettevano per ipotesi, perchè altrimenti non potevasi spiegare come la linfa, che umetta le pareti dei ventricoli, fosse continuamente assorbita, non conoscendosi allora altri vasi capaci di operare il riassorbimento dei fluidi.

Devesi a Robin, se non la scoperta, per lo meno l'indirizzo alla scoperta dei linfatici cerebrali. Fin dal 1859 (1) egli, infatti, aveva notato, che attorno a molti vasi delle meningi, del cervello e del midollo esiste una membrana dello spessore di μ 1 a 2, e che tra questa e la parete del vaso sanguigno vi ha uno spazio, il quale è riempito da siero in cui stanno sospesi dei globuli linfatici, dei granuli di ematosina, e dei granuli di adipe. La natura del contenuto di questi canali perivascolari fece sospettare a Robin, che i medesimi appartenessero al sistema linfatico; egli però non diede alcuna positiva dimostrazione dell'ipotesi avanzata. E nemmeno s'appartiene a lui, come venne asserito da alcuni, il merito di aver scoperte le guaine perivascolari, perchè già alcuni anni prima Kölliker e Virchow ne avevano fatto parola, descrivendo gli aneurismi spuri delle arterie cerebrali, e le avea descritte puranche Bruch.

Alcuni anni dopo la pubblicazione delle osservazioni di Robin, e senza averne conoscenza, His pubblicava un notevole lavoro (1), nel quale riferisce: — 1.° di avere in sezioni di pezzi di cervello e di midollo spinale, induriti in bicromato di potassa, dimostrata l'esistenza di spazi perivascolari limitati da una zona ispessita di sostanza cerebrale o di midollo spinale; — 2.° di avere col mezzo delle iniezioni constatato, che tali spazi, i quali nelle sezioni di pezzi induriti appaiono come fessure o fori tondeggianti, entro cui stanno liberi i vasi sanguigni, formano un sistema di canali fra loro anastomizzati, e comunicanti coi vasi linfatici della pia madre descritti da Fohman e Arnold.

I fatti descritti da His vennero accettati dalla massima parte degli istologi, ed anzi a lui si attribuì il merito di avere dimostrata l'esistenza dei vasi linfatici nel cervello. Però erroneamente molti hanno creduto, e Robin fra questi, che His avesse iniettati gli spazi compresi fra la guaina linfatica e le pareti proprie dei vasi sanguigni; ed ancora più inesatto è quanto recentemente scrisse Robin (2), che, col citato lavoro, ai fatti già conosciuti His abbia solo aggiunta l'indicazione della presenza di uno strato epiteliare sulla faccia interna delle guaine perivascolari.

Le ricerche di His si collegano in nessun modo con quelle di Robin.

Questi considera come appartenenti al sistema linfatico gli spazi perivascolari, che hanno per esterno confine la guaina linfatica. Quegli invece, siccome aveva osservato, che mediante l'iniezione col metodo della puntura (che è il metodo comunemente adoperato per iniettare i vasi linfatici) il liquido colorato penetra in canali compresi tra l'avventizia dei vasi e la sostanza cerebrale, donde si versa in un vasto sistema di lacune, che, secondo il medesimo osservatore, divide la pia madre dal cervello, per passare poi nei linfatici della stessa pia madre, — così egli si

(1) Recherches sur quelques particularités de la structure des capillaires de l'encéphale. — Journal de la Phys. vol. 2, pag. 537.

Intorno ai fatti osservati da Robin, vedansi inoltre i due seguenti lavori di data più antica:

Segond. Le système capillaire sanguin. Paris, 1853.

Robin. Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie. Paris, 1855.

(1) Ueber ein perivasculäres Canalsystem in den nervösen Centralorganen und über dessen Beziehungen zum Lymphsystem. — Zeitschr. f. wissenschaftl. Zool. Bd. 15, S. 127, 1865.

(2) Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. — Art. Lymphatique, p. 395, 1870.

Digitized by Google

credette autorizzato ad asserire, che il sistema linfatico del cervello è rappresentato dai menzionati spazi scolpiti entro il parenchima del cervello e del midollo spinale.

L'epitelio poi His credette averlo dimostrato, non già sulla faccia interna della guaina, ma bensì sulla superficie interna della zona ispessita di tessuto degli organi centrali del sistema nervoso, che limiterebbe, a suo credere, gli spazi linfatici.

In altro lavoro, che spero di poter presto pubblicare, prendendo ad esame i fatti descritti da His, io dimostrerò, fondandomi su preparati da me ottenuti e conservati, quanto scarso fondamento abbiano quei fatti: per ora mi limiterò a dire, come io mi creda autorizzato a sostenere (con Kölliker e Bizzozero), che debbonsi considerare quali canali linfatici perivascolari gli spazi compresi tra la guaina linfatica e le pareti proprie dei vasi sanguigni, gli spazi cioè, che vennero per la prima volta menzionati da Robin.

In questi ultimi due anni, in rapporto coll'argomento da me ora studiato, vennero pubblicati vari importanti lavori (1), i quali, tranne alcune particolarità aggiunte o modificate, si accordano colle ricerche di His. Anche su questi io mi riservo di discutere in altra circostanza.

La faccia interna delle guaine perivascolari è, al pari di quella dei vasi linfatici delle altre parti del corpo, tappezzata da endotelio? — Le numerose osservazioni da me istituite onde risolvere tale quesito, col miglior mezzo che la tecnica microscopica fornisca per dimostrare gli epiteli, cioè immergendo i vasi, estratti a fresco dalla sostanza cerebrale, in una soluzione allungata di nitrato d'argento (0,20 a 0,50 %), mi diedero costantemente un risultato negativo. E noterò in proposito, che non limitai le mie ricerche ai vasi dei cervelli umani, riguardo ai quali si potrebbe sospettare, che pel tempo che deve trascorrere dalla morte all'autopsia, gli elementi molto delicati, come sarebbero gli endoteli, si alterino, e che per ciò solo non avvenga la solita reazione del nitrato d'argento; ma onde eliminare tale dubbio, estesi le indagini anche al cervello del bue, del vitello e del cane appena uccisi. Il risultato non fu diverso.

Intorno all'ampiezza dei canali linfatici perivascolari, io sono in grado di offrire dei risultati, che credo molto dettagliati e precisi, perchè le cifre da me ottenute sono il risultato di più di un migliaio di misurazioni fatte sui linfatici di buon numero di cervelli, i quali non presentavano nulla di anormale, nè riguardo alla consistenza nè alla vascolarità; — e perchè io tenni calcolo non solo delle differenze relative all'età ed alle regioni del cervello, ma eziandio dei rapporti, che devono esistere fra l'ampiezza dei vasi e quella dei canali perivascolari.

Ecco le medie da me ottenute:

Media generale del diametro dei linfatici perivascolari negli adulti 62 μ
» *nei bambini* 70 μ

(1) Henle e Merkel. Ueber die sogenannte Bindesubstanz der Centralorg. des Nervensys. — Zeitschr. f. rat. Med. Bd. 34.

Roth. Zur Frage des Bindesubst. in der Grosshirnrinde. Virchow's Arch. vol. 46.

Eberth. Ueber die Blut-und Lymphgefässe des Gehirns und Rückenmarks. — Virchow's Arch. Bd. 49.

Ripping. Mikroskop. Befunde in der Hirnrinde von Geisteskranken. — Allgem. Zeitsch. f. Psych. Bd. 26.

Obersteiner. Ueber einige Lymphräume im Gehirn. — Wien. acad. Sitzungsber. N. 1.° 1870.

Medie dell'ampiezza dei linfatici nelle diverse regioni del cervello.

TAB. 1.ª

BAMBINI	Millesimi di millimetro	ADULTI	Millesimi di millimetro	ADULTI	Millesimi di millimetro
Emisferi	81	Emisferi	99	Cervelletto	56
Corpi striati	75	Corpi striati	77	Nodo del cervello	38
Talami ottici	54	Talami ottici	76	Lamina cribrosa	37

Digitized by Google

Medie dell'ampiezza degli spazi linfatici perivascolari secondo la diversa grossezza dei corrispondenti vasi sanguigni negli adulti.

TAB. 2.ª

DIAMETRO DEI VASI		Emisferi	Corpi striati	Talami ottici	Cervelletto	Nodo del cervello	Lamina cribrosa	Media generale
Vasi sanguigni del diametro di	1 a 50 μ	32 μ	40 μ	35 μ	23 μ	25 μ	25 μ	30 μ
» »	50 a 100 »	55 »	48 »	48 »	38 »	47 »	20 »	43 »
» »	100 a 150 »	77 »	86 »	53 »	58 »	42 »	25 »	57 »
» »	150 a 200 »	119 »	97 »	51 »	51 »	53 »	55 »	71 »
» »	200 a 300 »	128 »	129 »	95 »	99 »	—	46 »	99 »
» »	300 a 400 »	133 »	123 »	126 »	95 »	—	—	119 »
» »	400 a 500 »	50 »	184 »	106 »	—	—	—	113 »
» »	500 a 600 »	—	150 »	114 »	70 »	—	—	111 »
» »	600 a 700 »	84 »	60 »	154 »	—	—	—	99 »
» »	700 a 800 »	75 »	86 »	—	110 »	—	—	90 »

Si vede dalle cifre della 1.ª tabella, che la massima larghezza degli spazi linfatici si riscontra agli emisferi; seguono quindi in ragione decrescente i corpi striati, i talami ottici, il cervelletto, il nodo del cervello, la lamina cribrosa.

Dalla seconda tabella, nella quale trovasi esposta la media degli spazi linfatici in confronto del diametro dei vasi in essi contenuti, appare che l'ampiezza degli spazi medesimi non va aumentando in ragione diretta dell'ampiezza dei vasi sanguigni, ma che, fatti i debiti rapporti, vi ha invece quasi un rapporto inverso.

Infatti dai vasi del diametro di 1 a 50 μ, fino a quelli del diametro di 100 a 200 μ, vi ha bensì un graduale aumento dell'ampiezza degli spazi linfatici (30-43-57-71-99-119), ma tale aumento non è in proporzione coll'aumento del diametro dei vasi sanguigni, ed anzi la differenza dei rapporti va gradatamente aumentando. — Nei vasi sanguigni di un diametro superiore a 300 μ il rapporto del diametro degli spazi linfatici con quello dei vasi è precisamente in ragione inversa, cioè coll'aumentare del diametro dei vasi sanguigni diminuisce l'ampiezza dei corrispondenti spazi linfatici perivascolari (119-113-111-99-90).

Rapporto al contenuto dei linfatici perivascolari null'altro ho a far rimarcare, se non che oltre allo siero, in cui stanno sospesi dei globuli linfatici e dei granuli di adipe, negli adulti vi si rinvengono *costantemente* anche dei granuli di ematosina.

II.

Fin dalle prime mie osservazioni, fatte allo scopo di determinare la media dell'ampiezza normale dei canali perivascolari nelle varie regioni del cervello, ebbi ad osservare, che alcuni cervelli molto iperemici offrivano delle cifre basse, mentre altri cervelli poveri di sangue od edematosi davano le cifre più elevate. Ciò mi fece sospettare, che esistesse un rapporto costante inverso tra lo stato di maggiore o minor turgore dei vasi sanguigni, e l'ampiezza dei canali perivascolari. Onde chiarire questo dubbio, nelle ulteriori osservazioni tenni sempre un calcolo preciso dello stato di vascolarità, di consistenza, di maggiore o minore infiltrazione di siero nel parenchima dei cervelli esaminati, e giunsi con ciò a risultati, che mi paiono abbastanza precisi e concludenti.

Io ho tentato di riassumere il risultato di queste mie ricerche in una tabella, esponendo nella medesima le cifre rappresentanti la media ampiezza degli spazi linfatici perivascolari in confronto del diametro dei corrispondenti vasi sanguigni; e voglio in proposito notare, che quelle medie sono dedotte da più di un migliaio di misurazioni fatte negli spazi perivascolari di 26 cervelli di adulti.

Onde far meglio spiccare il valore di quelle cifre, io riunirò i cervelli studiati in quattro gruppi.

Nel 1.° trovansi i cervelli, che riguardo a consistenza, vascolarità ecc. offrivano nulla di anormale; questi perciò servirono a stabilire le medie normali.

Nel 2.° gruppo trovansi i cervelli iperemici; questo è il più piccolo, essendo assai raro che casi di tal natura si possano constatare all'autopsia.

Nel 3.° i cervelli, che presentavano un grado straordinario di anemia.

Nel 4.° i cervelli assai molli ed infiltrati di siero. Questi appartenevano quasi tutti ad individui, che avevano tendenza alle stasi venose in conseguenza di affezioni cardiache o polmonari.

Digitized by Google

Media (in micromillimetri) del diametro dei vasi sanguigni e dei corrispondenti spazi linfatici perivascolari nelle diverse regioni del cervello.

TAB. 3.ª

		Emisferi		Corpi striati		Talami ottici		Cervelletto	
		Vasi sang.	Spazi linf.	Vasi sang.	Spazi linf.	Vasi sang.	Spazi linf.	Vasi sang.	Spazi linf.
1.° gruppo **Cervelli normali**	1	168	74	213	60	167	41	—	—
	2	190	89	206	79	170	90	118	75
	3	—	—	157	74	147	72	—	—
	4	187	69	200	117	190	86	107	32
	5	187	95	325	67	383	82	211	50
	6	160	88	305	113	244	45	—	—
	7	167	111	—	—	—	—	—	—
	8	146	92	—	—	190	70	—	—
	9	175	71	117	34	—	—	—	—
	10	155	105	171	61	—	—	—	—
	11	165	83	162	69	154	81	—	—
	12	143	113	283	54	356	123	—	—
	13	174	87	202	82	197	75	125	66
Media generale		167	89	213	74	220	76	140	56
2.° gruppo **Cervelli iperemici**	14	197	48	423	81	370	71	—	—
	15	200	48	458	48	265	46	—	—
	16	190	93	374	58	—	—	—	—
	17	182	51	270	46	362	73	—	—
Media generale		192	60	381	58	332	63	—	—
3.° gruppo **Cervelli anemici**	18	171	159	178	136	231	158	139	56
	19	174	335	203	114	271	181	196	173
	20	146	129	228	131	—	—	—	—
Media generale		164	208	203	127	251	169	167	114
4.° gruppo **Cervelli edematosi rammolliti**	21	183	103	363	126	147	96	—	—
	22	175	119	350	225	224	92	201	84
	23	213	163	194	75	—	—	248	64
	24	211	135	187	155	201	78	204	212
	25	184	303	429	241	440	82	—	—
	26	214	156	207	109	139	64	263	96
Media generale		197	163	288	155	230	82	229	114

Il fatto cardinale, che si vede risultare da questa tabella, è che esiste un rapporto inverso tra l'ampiezza dei linfatici e il diametro dei vasi. In tale fatto mi pare ci sia la soluzione di una questione ancora assai controversa, voglio dire della possibilità della congestione generale acuta del cervello.

Siccome il cranio è cavità a pareti rigide, la quale è perfettamente riempita dal cervello e dalle meningi, e siccome il cervello non è suscettibile di compressione, o almeno non lo è sotto quella pressione, che soffre da parte dei vasi, si sostenne da molti non potersi ammettere, chè, essendo conservata l'integrità degli organi contenuti nel cranio, si possa verificare un rapido aumento o diminuzione del suo contenuto sanguigno, perchè non può mai accadere, che nel medesimo entri una quantità maggiore di sangue di quella che ne esce, e viceversa.

Dopo che venne dimostrata l'esistenza del liquido cefalo-rachidiano, il quale dagli spazi sottoaracnoidei si direbbe possa liberamente versarsi nello speco vertebrale, si ammise da molti la possibilità di un rapido aumento del contenuto sanguigno nel cranio, mercè una corrispondente diminuzione del liquido cefalo-rachidiano stesso, pel suo passaggio nello speco vertebrale. — Ma questa spiegazione del meccanismo della conge-

Digitized by Google

stione cerebrale acuta è ben lungi dall' essere soddisfacente: — 1.° perchè, secondo alcuni, l'umore cerebro-spinale, per condizioni locali anatomiche, non è tanto spostabile, come si suppone; — 2.° perchè anche lo speco vertebrale è cavità a pareti rigide, non essendo calcolabile la cedevolezza dei legamenti di fronte alla possibile pressione da parte del liquido rachidiano, e quindi, riguardo alla possibilità di un aumento del suo contenuto, esso trovasi in condizioni pressochè eguali alla cavità cranica. Nè si può ammettere, che il liquido cefalo-rachidiano venga rapidamente assorbito, come si suppose da alcuni, perchè i vasi, diventando iperemici, sono disposti piuttosto al trasudamento che all' assorbimento, trovandosi le loro pareti sotto una pressione laterale accresciuta.

Si è pure supposto, che l'iperemia acuta del cervello venga compensata da una contemporanea anemia delle meningi. Ma anche tale spiegazione è contraddetta: — 1.° dal fatto che tutti i vasi del cervello sono in così intima relazione con quelli delle meningi, da formare quasi un sistema continuo; non si potrebbe perciò comprendere, come la circolazione entro il cervello possa continuare senza grande imbarazzo, se il sangue defluente pei seni meningei non cresce corrispondentemente in quantità, e se anzi diminuisce (Cantani); — 2.° dal risultato delle osservazioni anatomiche; inquantochè in tutti casi, in cui all'autopsia si riscontra iperemia cerebrale, si ha sempre contemporanea iperemia delle meningi e turgore dei seni.

Le obbiezioni, che si presentano contro le spiegazioni della congestione generale acuta del cervello finora avanzate, obbiezioni che brevemente ora io ho accennate, sono indubbiamente di molto valore, di tal valore anzi, che, come dissi, alcuni clinici ed anatomo-patologi continuano a sostenere, che la congestione cerebrale generale non sia ammissibile che come forma cronica, allorchè vi ha un' atrofia della sostanza cerebrale.

Questo modo di vedere ha contro di sè non solo i fatti clinici, e le osservazioni alla tavola anatomica, ma viene anche recisamente contraddetta da' fatti sperimentali. — È noto infatti, come, mediante esperimenti su animali e osservazioni su cadaveri umani, Burows, Berlin e Donders abbiano dimostrato, che il contenuto sanguigno della cavità cranica è suscettibile di non insignificanti variazioni (1).

Egli è perciò che altri clinici ed anatomo-patologi si accordano nell'ammettere la congestione acuta del cervello, malgrado che le molte ipotesi, finora emesse per spiegarne il meccanismo, non siano ammissibili. — Ora però che è dimostrato, che i vasi sanguigni del cervello decorrono entro canali, il cui diametro supera talora di due o tre volte quello dei vasi stessi, e che il liquido che riempie tali canali, trovandosi in comunicazione col sistema linfatico extracranico, può essere spinto fuori, per dar luogo alla maggior copia di sangue affluente al cervello, ogni difficoltà per spiegare la congestione cerebrale parmi venga dissipata. La mia tabella 3.ª offre la prova di tal fatto.

Non occorrono commenti per dimostrare, che se i cervelli iperemici offersero il *maximum* del diametro dei vasi, ed il *minimum* degli spazi linfatici perivascolari, e viceversa i cervelli anemici, ciò vuol dire, che il maggior afflusso di sangue nel cervello, e la conseguente dilatazione de' suoi vasi, viene compensata da una corrispondente diminuzione del liquido perivascolare. La possibilità che il liquido, contenuto nei canali perivascolari del parenchima cerebrale, possa rapidamente aumentare o diminuire, non può essere posta in dubbio, quando si sappia, che, come io mediante iniezioni ho dimostrato (1), essi stanno in diretta comunicazione coi vasi linfatici della pia madre, e questi alla loro volta comunicano cogli spazi sotto-aracnoidei.

In apparente contraddizione con questa legge stanno le cifre del 4.° gruppo della 3.ª tabella. — Da quelle cifre apparirebbe infatti, come possa contemporaneamente esistere una ragguardevole dilatazione tanto dei vasi che degli spazi linfatici perivascolari. Però tale contraddizione è facilmente spiegabile, se si considera, che i cervelli di questo gruppo appartenevano quasi tutti ad individui, i quali, in causa di affezioni croniche del cuore e dei polmoni, avevano una disposizione alle stasi venose ed alle trasudazioni sierose; anzi quel fatto serve a viemmeglio caratterizzare, riguardo al cervello, le differenze essenziali, che esistono fra l' iperemia arteriosa, congestione propriamente detta, e l'iperemia venosa, o stasi. In tali casi pertanto, onde spiegare l'aumento di volume delle due specie di vasi, è duopo ammettere, che il

(1) Burows, On disorders of the cerebral circulat. etc. London 1846. D. Uebers. v. Posner. Leipz 1847.

Berlin u. Donders, Nederl. Lancet. März, April 1850.

Berlin, Onderz. betr. d. bloedsomloop i. d. Hersenh. Amsterd. 1850.

(1) Spingendo, a leggerissima pressione, una soluzione di azzurro di Berlino negli spazi sottoaracnoidei, io ottenni delle eleganti iniezioni di numerosi vasi linfatici, che circondano od accompagnano i vasi sanguigni della pia madre sì cerebrale che cerebellare, formando una rete assai complicata, ed ottenni inoltre, che in vari punti il liquido colorato penetrasse nel parenchima cerebrale, seguendo *i canali limitati all' esterno dall' avventizia linfatica dei vasi sanguigni.*

I dettagli intorno a queste mie ricerche, li esporrò in altro lavoro.

Digitized by Google

lento distendersi dei vasi sanguigni e dei canali linfatici perivascolari abbia dato luogo ad un certo grado di atrofia del parenchima cerebrale.

Nei bambini mi fu impossibile verificare, se esiste lo stesso rapporto, che trovasi negli adulti, tra il diametro dei vasi e quello degli spazi perivascolari, perchè in causa della grande mollezza della sostanza cerebrale in essi è molto più difficile farsi un preciso concetto della quantità di sangue contenuto nel cervello; e d'altronde tale verifica avrebbe un'importanza minore, perchè in essi il cranio non è una scatola a pareti rigide. — È da notarsi però, che trovai enormi dilatazioni degli spazi in due casi, in cui le guaine erano in ogni regione del cervello gremite di cellule adipose granulari.

III.

Le ora descritte alterazioni dell'ampiezza dei canali perivascolari avvengono secondo leggi abbastanza determinate e costanti, e la sproporzione non è mai maggiore di 30 o 40 μ in più od in meno dei diametri normali. Qualche volta, per cause ancora oscure, la dilatazione dei canali perivascolari raggiunge proporzioni così enormi, che il parenchima cerebrale, in cui l'alterazione ha sede, assume un aspetto poroso, presenta cioè quell'alterazione, che Durand-Fardel (1) designò col nome di *état criblé* del cervello, e che il medesimo considerava come legata alla dilatazione generale dei vasi per congestioni sanguigne ripetute. Fu Bizzozero (2), che in un caso di porosi cerebrale, da lui studiato per la prima volta, ebbe a rilevare, che i fori non sono prodotti dalla dilatazione dei vasi sanguigni, ma dipendono invece dalla dilatazione dello spazio linfatico perivascolare. Il caso di Bizzozero essendo ancora l'unico, che sia stato descritto sotto questo punto di vista, ed essendo la porosi cerebrale alterazione assai rara, e di patogenesi tuttora controversa, parmi di qualche interesse descrivere due casi, che io ebbi l'opportunità di studiare sì dal lato clinico (di cui ora non intendo occuparmi) che anatomo-patologico.

Carena Angela di Zinasco, giovinetta sedicenne, robusta, di belle forme, intelligente, morì il 20 Luglio 1868, dopo otto giorni di malattia, nella sala B di questo spedale.

Reumatismo poliarticolare, febbre con calore da 40 a 42 C.°, polso da 115 a 130, sintomi di endocardite, con embolismo della milza e del dito indice della mano destra, cefalea, fotofobia, prostrazione straordinaria di forze, e da ultimo sopore, ecco a brevi tratti il quadro clinico da essa presentato negli otto giorni di degenza nel nostro spedale.

Autopsia — fatta diciotto ore dopo la morte:

Abito esterno. — Corpo di media statura, non denutrito. Scheletro ben conformato. Pannicolo adiposo in discreta quantità. Muscoli di color rosso-cupo.

Capo. — Ossa del cranio di medio spessore, con diploe abbondante e molle. Vene delle meningi piuttosto turgide. Siero in copia negli spazi sotto-aracnoidei. Sostanza cerebrale molle, pallidissima. Sezionando gli emisferi in direzioni diverse, si scorgono tempestati da un grandissimo numero di cavità di tutte le dimensioni, da un punto appena visibile fino ad 1 centimetro di diametro; tali cavità sono riempite da siero, e molte di esse presentano addossata alle pareti una diramazione vascolare, la quale, estratta con una pinzetta, appare di solito sprovveduta di guaina linfatica.

Questi fori alla superficie di sezione della sostanza cerebrale appaiono rotondi od ovali, ma approfondandosi vanno gradatamente restringendosi, e finiscono in un piccolissimo foro, entro il quale si può spesso seguire per lungo tratto un vaso. In alcuni punti, massime alla parte dorsale degli emisferi, le accennate escavazioni sono così numerose, che vengono ad essere separate da un sottile setto di sostanza cerebrale, e spesso si pongono in comunicazione, venendo così a formare delle escavazioni irregolari; il cervello in tali punti offre un aspetto spongioso. I ventricoli cerebrali laterali erano alquanto dilatati e pieni di siero; del pari dilatati erano il terzo ed anche il quarto ventricolo. Il cervelletto era di color sbiadito, molle, e presentava anch'esso dei fori simili a quelli degli emisferi, ma molto più rari.

Nei fori di media ampiezza difficilmente si poteva estrarre il vaso sanguigno, che spesso si vedeva sporgere dai medesimi, insieme alla rispettiva guaina; questa restava d'ordinario aderente alle pareti della piccola cavità. Nei fori più ampi ed irregolari, poi, notavasi, bensì non rare volte, una diramazione vascolare accollata alle pareti, ma non potevasi trovar traccia della guaina se non nei punti, in cui i vasi si insinuavano in qualche piccolo canale. Nelle cavità maggiori l'enorme dilatazione delle guaine ne aveva evidentemente causata l'atrofia.

Quanto al reperto degli altri visceri mi limiterò ad accennare, che si constatò: endocardite ulcerosa; notevole ipertrofia del cuore destro; congestione generale dei polmoni; focolaio embolico alla milza; gangrena dell'indice della mano destra; embolismo delle arterie del dito medesimo; lieve ingrossamento dei follicoli del Peyer alla fine dell'ileo.

(1) Traité des maladies des vieillards. Paris 1854, p. 51.

(2) Di alcune alterazioni dei linfatici del cervello e della pia madre. — Rivista Clinica di Bologna, 1868.

Digitized by Google

Le *indagini microscopiche*, fatte a fresco colla dilacerazione, e su fini sezioni di pezzi induriti mediante bicromato di potassa, dimostrarono che i piccolissimi fori contenevano costantemente delle diramazioni di vasi sanguigni, aventi l'ordinaria loro ampiezza, ed avviluppati da una guaina linfatica ispessita ed enormemente dilatata. Col microscopio si osservò inoltre, che lo siero delle cavità non conteneva che globuli linfatici in gran numero, e granulazioni adipose.

Il secondo caso è ancora più del primo dimostrativo, perocchè in esso l'alterazione era molto meno inoltrata, e quindi vi si potè constatare colla massima esattezza, che le porosità erano tutte sul decorso dei vasi, e che in ciascuna delle porosità stesse vi erano corrispondenti dilatazioni, e d'ordinario anche ispessimento della guaina linfatica.

L. R. d'anni 48, da un anno ricoverata nel manicomio di Pavia per *demenza*, la mattina del 4 Luglio 1870, come presa da deliquio, cadde a terra priva di sensi, e dopo pochi momenti era morta.

Durante la sua degenza nel manicomio, ed anche prima, già altre volte aveva avuto veri deliqui, talora accompagnati eziandio da leggiere convulsioni in forma di tremore generale, ma sempre di assai breve durata. Tali sconcerti si attribuivano ad anemia e debolezza cardiaca, stantechè, oltre al pallore della cute e delle mucose, si era rilevato all'esame soffio dolce al collo ed alla punta del cuore, e inoltre la paziente lagnavasi qualche volta di cardiopalmo. — Rilevossi poi dall'anamnesi, che l'inferma era da molti anni priva di mestrui, che aveva sofferto otite, e che, massime negli ultimi mesi di soggiorno a casa, lagnavasi continuamente di un rumorio alle orecchie, che essa paragonava ora al sussurro del calabrone, ora allo scroscio della pioggia, ora al fischio del vento. — Allorchè venne accolta nel manicomio, era in preda a delirio furioso; calmatasi dopo pochi giorni, cadde poi nella più completa demenza.

Autopsia — fatta 26 ore dopo la morte:

Corpo discretamente nutrito; cute assai pallida; piccole macchie azzurrognole alle estremità inferiori, per stravasi capillari di sangue (vibici scorbutiche); orlo delle gengive rammollito.

Capo. — Ossa craniche di medio spessore; diploe assai scarsa, pallida; suture saldate. — Dura madre aderente, non però con grande tenacità, alla volta del cranio. Granulazioni del Pacchioni notevolmente ingrossate. La pia madre pallida, sottile, con vasi contenenti scarsa quantità di sangue, si svolge facilmente dalle circonvoluzioni. Gli spazi sotto-aracnoidei sono molto ampi, ed incisi, sgorga da essi siero trasparente in abbondanza. Circonvoluzioni notevolmente assottigliate. Sezionando in vari sensi gli emisferi cerebrali, si scorge che tanto la sostanza corticale che la midollare sono straordinariamente pallide, scarsissime e appena visibili sono le solite punteggiature sanguigne, che si vedono nei cervelli anche mediocremente ricchi di sangue. Le superfici di sezione, poi, sono splendenti ed umettate da siero; e mentre piccolissime sono le punteggiature rosse risultanti dalla sezione dei vasi, si scorgono invece tutti sproporzionatamente larghi i fori della sostanza cerebrale, da cui essi emergono, sicchè nei punti, ove i vasi sono più copiosi, il tessuto cerebrale ha un vero aspetto cribroso. Oltre a ciò poi si vedono qua e là irregolarmente sparsi, massime negli strati più superficiali della sostanza midollare, o negli strati più interni della corticale, dei fori del diametro di 1 millimetro od anche, taluni pochi, di millimetri 1 ½, da ognuno dei quali si vede sporgere un frammento di tessuto bianchiccio, che con maggiore o minore evidenza si può riconoscere costituito da un vaso sanguigno. Simili fori si trovano in massima parte nei lobi anteriori e medi del cervello, e sono assai scarsi in tutte le altre regioni del cervello, ed anche nel cervelletto. La consistenza del parenchima cerebrale e cerebellare è dapertutto alquanto maggiore del normale.

Il resto del reperto necroscopico si può riassumere nei seguenti brevi cenni:

Polmoni liberi da aderenze, soffici, espansi, leggermente enfisematosi ai bordi anteriori, edematosi in grado mediocre. — Circa 40 gram. di siero limpido nel sacco pericardico. — Cuore rivestito di adipe. Miocardio di color rosso-chiaro, con striscie di color rosso-giallognolo qua e là sparse (col microscopio si riscontrò in questi punti degenerazione adiposa delle fibre muscolari). — Fegato voluminoso (gram. 1552) per abbondante infiltrazione adiposa. — Milza compatta, di normale volume. — Rene destro di volume doppio del normale, di forma regolare e superficie liscia, con capsula facilmente distaccabile. — Rene sinistro convertito in un sacco membranoso a molteplici concamerazioni, con pareti dello spessore da ½ millimetro ad un centimetro (idronefrosi).

L'esame microscopico confermò, relativamente al cervello, quanto macroscopicamente s'era rilevato.

Si potè pertanto confermare, che i frammenti di tessuto bianchiccio, estratti dai grossi fori, erano costituiti da vasi sanguigni aventi un calibro o eguale o piuttosto inferiore al normale, e circondati da una guaina linfatica enormemente dilatata. In alcuni casi ho potuto constatare, che la dilatazione delle guaine corrispondeva all'ampiezza dei fori, da cui i vasi erano stati estratti; in 2 o 3 misurazioni fatte risultò, che 1 millimetro era il diametro del canale costituito dalla guaina, e parimenti di 1 millimetro era l'ampiezza del corrispondente foro scolpito entro la

Digitized by Google

sostanza cerebrale. I vasi sanguigni poi decorrenti entro tali canali non sorpassavano il diametro di $^2/_{10}$ di millimetro. — Infine si constatò che la dilatazione dei canali perivascolari era generale a tutto il cervello, e si potè verificare, che in corrispondenza ai grossi fori la dilatazione della guaina non era graduata, ma avveniva bruscamente, e formavansi talvolta anche irregolari e profonde sinuosità. — Gli spazi compresi tra le pareti dei vasi sanguigni e la guaina linfatica erano quasi dappertutto zeppi di globuli linfatici, e di cellule contenenti granuli di pigmento. — In corrispondenza alle grandi dilatazioni l'accumulo di globuli era così grande, da formare uno strato continuo, e nascondere il vaso sanguigno; in alcuni punti questi globuli erano in avanzata degenerazione adiposa, e apparivano quindi sotto forma di grandi corpi granulari.

La sostanza cerebrale offerse nessun'alterazione coll'esame microscopico.

Ambedue questi casi s'accordano adunque sotto ogni riguardo col caso di Bizzozero, e resta quindi sempre più confermato il rapporto, che corre tra la porosi cerebrale e la dilatazione degli spazi linfatici perivascolari. Con ciò, per altro, non è ancora completamente spiegata la patogenesi di questa singolare alterazione.

Qual può essere infatti la causa della straordinaria dilatazione delle guaine perivascolari?

L'ipotesi, che in proposito mi pare più ammissibile, e che pure non scioglie completamente la questione, è che la dilatazione dei linfatici sia secondaria, cioè conseguenza di un' atrofia del parenchima proprio del cervello, nello stesso modo che nella bronchiettasia la dilatazione bronchiale è secondaria al raggrinzamento del polmone.

Questa ipotesi parmi in qualche modo convalidata dal fatto, che in alcuni casi di atrofia senile del cervello, da me recentemente studiati, io trovai enormi dilatazioni e sinuosità delle guaine perivascolari.

Heschel (1), fondandosi su alcuni casi di porencefalia da lui studiati, crede che questa alterazione sia determinata da una meningite e mielite fetali, che, incominciando colla degenerazione adiposa dei vasi, finisce coll'assorbimento parziale della sostanza cerebrale da essi irrorata. — I miei due reperti dimostrano, che la spiegazione di Heschel non è applicabile a tutti i casi.

IV.

Nell'infiammazione della pia madre gli spazi linfatici perivascolari dei punti infiammati, ed anche dei vicini, si presentano talvolta pieni di pus. Questo fatto venne per la prima volta osservato da Bizzozero (1), ed ora io mi trovo in grado di confermarlo con un caso di mia osservazione.

Un giovane robusto, di 18 anni, morì nel Maggio 1868 nella sala F del nostro spedale, dopo soli sei giorni di malattia, durante la quale aveva presentato dapprima febbre, cefalea e delirio, poi convulsioni epilettiformi, e da ultimo coma.

Autopsia.

Iperemia (arteriosa) intensa delle meningi e del cervello; ed alla pia meninge basilare un sottile strato di essudato fibrinoso purulento, del diametro di 3 a 4 centimetri, il quale nella parte centrale aveva lo spessore di un millimetro, ed alla periferia passava gradatamente in un intorbidamento semplice della meninge.

Coll'*esame microscopico* si verificò, che l'essudato constava di globuli di pus, e di fibrina, e si osservò inoltre, che nei punti occupati dall'essudato, e per qualche tratto all'intorno, gli spazi perivascolari erano assai dilatati, e molti erano zeppi di globuli di pus.

I vecchi studi di Waller ed i recenti di Cohnheim sull'infiammazione e suppurazione tolgono ogni dubbio, che la presenza del pus negli spazi linfatici si debba alla fuoruscita dei globuli bianchi dalle pareti vasali.

Dopochè io scrissi questa breve nota sul reperto dei canali perivascolari nella *meningite*, continuando le ricerche, ebbi l' opportunità di studiare altri sei casi di meningite da cause diverse, cioè traumatiche, da insolazione, da scottature ecc., e in ogni caso non solo *constatai* il suddescritto reperto, cioè la presenza di pus nei canali perivascolari delle località infiammate e di parti più o meno lontane dal focolaio infiammatorio, ma osservai lo stesso fatto anche in moltissimi spazi perivascolari situati nell'interno del parenchima cerebrale, e sopratutto nei corpi striati e talami ottici.

Specialmente in due dei menzionati casi, l'uno di estesa meningite con essudato fibrinoso purulento, interessante quella parte dell' involucro cerebrale, che riveste la superficie dorsale degli emisferi, sviluppatosi in seguito ad estesa scottatura della faccia; — l'altro di meningite della base, pure assai estesa, e da causa ignota, trovai gran numero dei canali perivascolari dei vasi, tolti dalle circonvoluzioni, dal centro ovale, dai talami ottici e corpi striati, così pieni di globuli di pus, che ne erano dilatati fino a 2 o 3 volte oltre il normale, ed il vaso sanguigno centrale era perciò per tratti più o meno lunghi tolto alla vista; in alcuni punti, poi, la guaina presentava grandi sinuosità laterali, formando così dei veri sacchi microscopici di pus.

(1) Heschel. Fälle von Porencephalie. — Prager Vierteljahrschrift, XXV, 4, 40.

(1) Lavoro citato.

Digitized by Google

Mediante sezioni fatte nei pezzi induriti in bicromato di potassa, ho potuto constatare, che l'accumulo di pus era esclusivamente all' interno della guaina. In alcune sezioni, fatte in modo che i vasi risultassero tagliati in direzione trasversale, vedevasi in mezzo il cerchio formato dalle pareti del vaso sanguigno, all'esterno un'areola più o meno larga formata da globuli di pus, e questa nettamente limitata all'esterno dalla guaina linfatica, la quale, in pezzi non eccessivamente induriti, stava ad immediato contatto della sostanza cerebrale, alla quale si vedeva anzi connessa mediante fili inviati dalle cellule connettive situate a maggior o minor distanza entro il parenchima cerebrale.

Fatte eziandio, in corrispondenza a regioni infiammate, delle sezioni verticali delle circonvoluzioni, in modo da conservare i normali rapporti della pia madre colla corteccia del cervello, ho potuto con chiarezza osservare, che il pus, il quale riempiva le maglie di tessuto connettivo della stessa pia madre, ed occupava dei larghi spazi perivascolari della medesima, si continuava nelle dilatazioni imbutiformi, che la guaina forma nei punti ove i vasi della corteccia emanano dai vasi della pia madre. Da queste lacune imbutiformi, poi, i globuli di pus si insinuavano nella corteccia cerebrale, però in numero assai scarso, perchè i vasi della corteccia sono di piccolo calibro, e gli spazi compresi tra le loro pareti proprie e la guaina sono piccolissimi.

Se la presenza di pus nei canali perivascolari, in parti del parenchima cerebrale lontane dal focolaio infiammatorio, debba attribuirsi a trapelamento di globuli colà avvenuto, o ad un semplice trasporto dei globuli purulenti della meninge per mezzo dei canali perivascolari medesimi, è quesito di non facile soluzione.

Il fatto mi par degno di rimarco, sia che si ammetta l'una che l'altra delle ipotesi.

Ammettendo la prima, il reperto è importante, imperocchè, se v'ha presenza di pus attorno ai vasi in seno a'tessuti affatto sani, si conferma sempre più, che la suppurazione è processo essenzialmente legato alla circolazione sanguigna, e che può esistere senza che vi abbia infiammazione del tessuto, nel quale essa si trova.

Ammettendo la seconda ipotesi, il reperto è parimente importante, perchè sarebbe argomento da aggiungersi agli altri molti, per provare l'esistenza di veri canali perivascolari, aventi per esterno confine la guaina linfatica.

V.

In una nota pubblicata nel 1865, Virchow (1) descrisse una particolare alterazione del cervello dei neonati, designandola col nome di *encefalite congenita*, la quale, a suo dire, è frequentissima. Tale alterazione macroscopicamente si appalesa con macchiette bianco-grigie o giallognole, qua e là sparse nella sostanza bianca del cervello; e col microscopio si rileva, che nei punti affetti vi ha proliferazione e degenerazione adiposa delle cellule della nevroglia. — In un'altra più recente comunicazione (2) lo stesso autore conferma quanto disse nel 1865, descrive più dettagliatamente la stessa alterazione, ed aggiunge che, avendo continuato nelle ricerche, ebbe a convincersi sempre più, che le stesse alterazioni si trovano non solo nei neonati, ma anche nei bambini dell' età di vari mesi. — Dopo la pubblicazione del primo lavoro di Virchow, Hayem (3) fece pure delle osservazioni in proposito, ed esaminò quanti cervelli di bambini potè procurarsi, ed in tutti, senza eccezione, riscontrò in maggiore o minor grado le alterazioni in quel lavoro descritte.

Approfittando dell'opportunità, che io aveva, di osservare un discreto numero di bambini, mi sono anch'io prefisso di studiare l'encefalite dei neonati, descritta da Virchow, e ciò specialmente collo scopo di precisare il modo e la frequenza, con cui la guaina linfatica partecipa a quel processo; ed ebbi perciò sempre cura di esaminare in ogni parte del cervello, insieme ai vasi, anche la stessa sostanza cerebrale, ma il risultato delle mie ricerche fu molto diverso da quello di Virchow e di Hayem. Mentre sì l'uno che l'altro avrebbero trovato assai frequentemente (sempre anzi il secondo) i focolai di degenerazione delle cellule della nevroglia, e solo qualche volta la partecipazione dei vasi, io invece di 15 cervelli esaminati, 1 trovai senza la minima alterazione nè della guaina linfatica, nè della sostanza cerebrale, 13 presentavano più o meno diffusa una degenerazione adiposa delle guaine linfatiche, ed 1 solo, insieme ad avanzatissima degenerazione adiposa della guaina linfatica, offriva una alterazione della sostanza cerebrale analoga a quella descritta da Virchow; in questo caso cioè si trovò, che la sostanza cerebrale midollare, entro cui decorrevano i vasi affetti, conteneva molte cellule rotonde ed ovali, piene di granuli adiposi. Le guaine degenerate presentavano nel proprio spessore una grande quantità

(1) Archiv f. path. Anat. und Phys. Bd. 38, S. 129.

(2) Ueber interstitielle Encephalitis. — Archiv f. path. Anat. und Phys. Bd. 44, S. 472.

(3) Hayem. Études sur les diverses formes d' éncéphalites. Paris 1868, p. 79.

Digitized by Google

di cellule di forma irregolarmente rotonda od ovale, del diametro medio di 20 μ, piene di granuli splendenti, i quali scomparivano colla bollitura nell'etere, e rendevansi più spiccati coll'aggiunta dell'acido acetico. Esaminando le guaine a fresco, i granuli adiposi sembrava non costituissero che dei piccoli ammassi spesso irregolari; ma coll'imbibizione in carmino si scorgeva, che ciascun ammasso granulare conteneva nel mezzo un nucleo ovale.

Le mie osservazioni in ciò adunque essenzialmente differiscono da quelle di Virchow, che mentre egli avrebbe trovato essere la degenerazione della guaina secondaria a quella della nevroglia (la quale è da lui considerata come il risultato di un processo infiammatorio), le mie ricerche dimostrerebbero, che il processo di degenerazione si sviluppa primitivamente nei linfatici perivascolari, da cui in alcuni casi si diffonderebbe alle cellule della nevroglia.

Un'altra quistione, che potrebbe farsi, è sulla significazione patologica dell'alterazione della guaina linfatica; cioè se la produzione delle cellule granulari sulla guaina sia un'alterazione secondaria, causata forse dal generale deperimento della nutrizione; oppure se la si debba considerare un'alterazione primitiva dei linfatici del cervello, la quale per avventura influisca sullo stato generale dei bambini.

A me pare verosimile, che un processo degenerativo dei vasi linfatici cerebrali così diffuso, quale in tanti casi venne da me riscontrato, debba avere un'importanza non lieve nella patologia dei bambini, e che forse da quell'alterazione dipendano certi sintomi facili a comparire nelle malattie dei bambini (sopore, convulsioni ecc.), e la grande mortalità che si osserva nei medesimi. Però le mie osservazioni sono ancora troppo scarse, perchè si possa da esse dedurre qualche positiva conclusione. Mi limito quindi ad esporre il riassunto delle mie osservazioni, onde rimanga come materiale per ulteriori ricerche.

1.° — T. bambina, estratta morta dall'utero a 7 mesi di gestazione, mediante taglio cesareo. La madre, leucocitemica, era morta per edema della glottide (soffocazione). — Questo fu l'unico bambino, che presentò nessuna traccia della degenerazione.

2.° — S. di mesi 3 ½, ben nutrito, morto per pneumonite lobulare. — Degenerazione delle guaine linfatiche assai abbondante.

3.° — L. di 4 mesi, ben nutrito, affetto da gomma sifilitica al fegato e da enterite catarrale. — Degenerazione delle guaine abbondante.

4.° — C. di 2 mesi, emaciatissimo, morto per risipola erratica e diarrea. — Degenerazione della guaina linfatica assai diffusa.

5.° — M. di 10 mesi, assai denutrito, morto in conseguenza di diarrea infrenabile. — Degenerazione dei linfatici abbondante.

6.° — I. di giorni 26, emaciatissimo, morto per polmonite lobulare. — Degenerazione dei linfatici cerebrali discretamente diffusa.

7.° — V. di 2 mesi, denutrito, con ingrossamento dei follicoli solitari della fine dell'ileo e del colon, e delle glandole mesenteriche. — Degenerazione adiposa scarsa agli emisferi, discretamente diffusa ai talami ottici e corpi striati.

8.° — B. di 4 mesi, discretamente nutrito, con polmonite lobulare. — Degenerazione delle guaine, scarsa ai talami ottici e corpi striati, discretamente diffusa alle circonvoluzioni.

9.° — R. morto poche ore dopo la nascita per asfissia; ben nutrito, congestione polmonare. — Degenerazione delle guaine linfatiche scarsa.

10.° — N. bambina di 10 mesi, morta per lenta enterite catarrale. — Degenerazione adiposa diffusissima.

11.° — G. di 10 mesi; cadavere piuttosto emaciato; congestione ed edema polmonare; ingrossamento dei follicoli intestinali. — Degenerazione adiposa discretamente diffusa.

13.° e 14.° — Bambini gemelli, nati a 7 mesi di gestazione da madre sana, e morti *alcune ore* dopo la nascita per incompleto sviluppo. — Scarse traccie della degenerazione adiposa ai corpi striati.

15.° — D. bambino di 3 giorni, morto in seguito a risipola erratica; ben nutrito; forte rammollimento ed edema generale del cervello. — Dilatazione enorme degli spazi linfatici perivascolari, degenerazione adiposa delle guaine discretamente diffusa.

L'alterazione, di cui ora ho fatto parola, la riscontrai non solo nei bambini, ma abbastanza frequentemente (in un terzo circa dei casi) anche negli adulti; in questi però non si presentò mai così diffusa come in quelli, ma era d'ordinario circoscritta a tratti più o meno lunghi dei vasi di questa o quella provincia del cervello. Le parti ove trovai più frequentemente la deposizione delle cellule adipose granulari furono, sì negli adulti che nei bambini, i corpi striati.

Pressochè in un numero di casi eguali a quello, in cui negli adulti esisteva la deposizione delle cellule adipose granulari, nei medesimi riscontrai una forma alquanto diversa di degenerazione adiposa: le guaine linfatiche di interi rami vascolari apparivano, cioè, quasi uniformemente infiltrate da goccioline adipose. Questa forma di degenerazione, a differenza dell'altra, era sempre associata alla degenerazione adiposa della tonaca muscolare dei vasi cerabrali, e trovavasi esclusiva-

Digitized by Google

mente negli individui, che sogliono avere degenerazione adiposa dei visceri, come vecchi, bevitori, individui deperiti per malattie ecc.

VI.

Farò una brevissima menzione in questo paragrafo di alcune altre alterazioni di natura fra loro diversa, che interessano, in modo più o meno diretto, i canali linfatici perivascolari, e sotto alcuni riguardi hanno pure una certa importanza.

Già ho notato, come Robin, descrivendo gli spazi perivascolari, avesse accennato, che nel liquido trasparente, che li riempie, insieme a corpuscoli linfoidi ed a goccioline adipose, nei vecchi si trovano sempre *sospesi* dei granuli di ematosina. La presenza dell'ematosina è infatti un reperto costante non solo nei vecchi, ma eziandio nei giovani e nei bambini; però mentre nei primi i granuli sono sempre in grande quantità, nei secondi, ed ancor più nei bambini, sono di solito scarsi. È inesatta la frase, che i granuli stanno sospesi sul liquido, perocchè è anzi molto raro, che essi siano liberi; una gran parte sono imprigionati nel protoplasma delle cellule linfatiche, che si trovano nei canali, ed è perciò facile, imprimendo al preparato qualche movimento, vederli rotolare insieme all'intera cellula; e molti altri sono racchiusi nelle cellule connettive fisse, che, o sono applicate alla superficie interna della guaina linfatica, o fanno parte dell'avventizia connettiva dei vasi.

Pertanto, allorchè l'ematosina si trova in modica quantità, si può considerare come normale. Ma in alcuni casi i granuli si trovano in quantità straordinariamente grande, e formano degli ammassi, circondati da un sottile strato di protoplasma, che talora otturano quasi completamente il lume dei canali, e in tal caso, massime se ciò si verifica in persone giovani, non si può a meno di attribuirvi una significazione patologica.

D'onde ha origine l'ematosina sì nei casi normali che patologici?

Stein, discepolo di Virchow, in un lavoro pubblicato nel 1858 (1) sostenne, che l'ematosina si produce mediante una metamorfosi dei granuli di adipe delle pareti dei vasi. — Io ritengo però assai più verosimile, che l'ematosina sia invece il risultato di una metamorfosi dei globuli sanguigni usciti dai loro vasi, e ciò sarebbe provato prima di tutto da ciò, che i granuli di ematosina presentano nessuna delle reazioni chimiche proprie degli adipi; in secondo luogo dal fatto, che la presenza di una straordinaria quantità di ematosina, negli spazi perivascolari, io l'ebbi appunto a verificare in individui, nei quali esisteva una disposizione al trapelamento dei globuli dai vasi per stasi del sistema venoso, ed una tendenza alla rottura dei vasi per alterata nutrizione delle loro pareti.

Ecco infatti i casi da me trovati di straordinario accumulo di ematosina nei canali perivascolari:

1.° — In un individuo d'anni 34, affetto da porpora emorragica, il quale, oltre alle numerose macchiette emorragiche della cute, aveva pure molte emorragie capillari nelle intestina e nelle meningi.

2.° — In 5 pellagrosi, i quali, com'è noto, vanno molto soggetti agli stravasi sanguigni.

3.° — In 6 individui affetti da malattie polmonari o cardiache, con inceppamento del circolo.

4.° — In altri 8 individui, la più parte alienati, che presentavano all'epoca della morte, o avevano avuto poco tempo prima, forme scorbutiche più o meno gravi.

Questa trasformazione dei globuli sanguigni in granuli di pigmento entro cellule avrebbe un perfetto riscontro in quanto si osserva intorno ai focolai emorragici, nel midollo delle ossa, nella milza ecc.

È pure frequente (io l'osservai in 10 casi) nei vasi cerebrali una forma di pigmentazione analoga a quella, che riguardo alla pia meninge venne descritta da Virchow. — Esaminando al microscopio un vaso sanguigno in tal modo alterato, lo si vede sparso, talora per lunghi tratti, da numerose sottili e lunghe striscie di color caffè, rette o serpentine, semplici od anche ramificate, poste ordinariamente in direzione parallela all'asse del vaso, le quali attentamente osservate appaiono costituite da cellule connettive allungate, cariche di fini granuli di pigmento, come appunto si osserva nella pia madre, nella coroidea ecc. Le parti del parenchima cerebrale, dove più frequentemente si osserva questa forma di pigmentazione, sono i talami ottici ed i corpi striati. Le cellule in tal modo pigmentate o stanno immediatamente all'interno della guaina linfatica, oppure, e ciò è più frequente, appartengono all'avventizia connettiva, di cui sono provveduti i vasi cerebrali di un calibro un po' considerevole.

Virchow e Kölliker descrissero col nome di *aneurysmata spuria* un'alterazione dei vasi del cervello, che consiste in irregolari sinuosità dell'avventizia, entro le quali sono ammassati globuli sanguigni e corpuscoli linfatici. — Io trovai nessun caso, che veramente corrispondesse agli aneurismi spuri, quali sono descritti dai nominati autori; osservai invece moltissimi casi, in cui i canali perivascolari erano per tratti più o meno lunghi dilatati e zeppi di globuli linfatici. Nelle mie note trovo descritto tale reperto in 20

(1) Daniel v. Stein. Nonnulla de pigmento in parietibus cerebri vasorum obvio. — Diss. inaug. Dorpat.

Digitized by Google

casi. È degno di rimarco, che la massima parte di questi si riferiscono ad individui molto deperiti per lunghe malattie esaurienti, come cachessie, suppurazioni, carie ecc. Non di rado le cellule linfatiche, in tal modo accumulate, subiscono la degenerazione adiposa, ed allora si presentano sotto forma di grandi cellule granulose a nucleo invisibile, che ricoprono e nascondono il vaso sanguigno, e distendono spesso enormemente la guaina perivascolare. Io verificai tale accumulo di cellule degenerate specialmente attorno ai focolai apoplettici od a neoplasmi del cervello, e qualche volta eziandio in prossimità a piastricelle calcaree, che otturavano il lume dei canali.

È frequentissima nell'avventizia linfatica dei vasi cerebrali la degenerazione calcarea. Negli adulti io la riscontrai in circa la metà dei casi, e nei bambini in un terzo. Essa si presenta sotto forma di piastricelle, o di globi rotondi od ovali, del diametro di 30 μ a $^3/_{10}$ o $^1/_{10}$ di millimetro, molto rifrangenti la luce, e solubili cogli acidi cloridrico e solforico, dando luogo con quest'ultimo a cristalli aghiformi di solfato di calce. Spesso le piastricelle incrostano estesi tratti dei vasi. Le località del cervello, ove tale alterazione è più frequente, sono i corpi striati ed i talami ottici. La degenerazione calcarea della guaina linfatica io la riscontrai sempre associata alla stessa alterazione della tonaca muscolare, nella quale, anzi, l'incrostazione era di solito molto più estesa.

Riscontrandosi la degenerazione calcarea in ogni età, in individui di costituzioni svariatissime, e non trovandosi essa associata piuttosto ad alcune che ad altre malattie, parmi se ne possa arguire, che essa non ha alcuna significazione patologica speciale. Probabilmente è legata soltanto a quella disposizione a determinare nel loro seno la precipitazione dei sali calcari del sangue, che è comune a quasi tutti i tessuti normali e patologici della cavità cranica.

Menzionerò da ultimo, sebbene per osservazioni mie dirette non la conosca, fra le alterazioni, che più o meno direttamente interessano i canali perivascolari, la così detta degenerazione *ialoide*. È alterazione assai rara, essendosene finora descritti, riguardo ai vasi del cervello, tre soli casi, il primo da Billroth (1), e gli altri due da Arnd (2). In due di tali casi la degenerazione aveva esordito nell'avventizia connettiva, e da questa si era diffusa alle altre membrane dei vasi; in uno aveva invece interessato dapprima la tonaca muscolare ed intima dei vasi, d'onde si era diffusa in alcuni punti alla guaina linfatica. — Nelle membrane, che ne vengono affette, cominciano a farsi oscuri od affatto indistinti i nuclei; poi il tessuto assume un aspetto omogeneo; da ultimo prende un aspetto vitreo e trasparente, quale si osserva nella degenerazione amiloide. — Colla soluzione iodo-iodurata la sostanza ialoidea assume un'intensa colorazione gialla, la quale in alcune parti persiste anche coll'aggiunta dell'acido solforico, mentre in altri punti qua e là sparsi l'aggiunta di tale acido determina un leggier arrossamento ed abbrunimento.

Per una più dettagliata descrizione di tale alterazione vedansi i citati lavori di Arnd e Billroth.

VII.

Fra le affezioni, che più direttamente interessano i canali perivascolari delle meningi e del cervello, avvi la *tubercolosi meningea*. In tale affezione i granuli tubercolari sono, in totalità, o per la massima parte, situati a ridosso dei vasi sanguigni, e precisamente tra la tonaca muscolare e l'avventizia linfatica. — Rindfleisch, che pel primo osservò questo fatto, così descrive la disposizione dei tubercoli meningei: « Se si osserva un ramo arterioso, si vede che nella parte più grossa di esso i tubercoli sono situati lateralmente, mentre nella parte sottile e nei capillari costituiscono varicosità fusiformi, che li circondano. » Simile disposizione dei tubercoli venne dal Rindfleisch, e più tardi dal Virchow, osservata anche nella corteccia del cervello.

Qual'è l'istogenesi di queste granulazioni tubercolari?

Su tale argomento vi hanno le più diverse dottrine, le quali però, volendo solo tener calcolo di quelle discusse fra i più moderni istologi, si ponno riassumere nelle seguenti due:

Secondo gli uni, le granulazioni tubercolari hanno un'origine affatto locale mediante proliferazione degli elementi preesistenti nei tessuti affetti (corpuscoli connettivi, epiteli, endoteli).

Secondo l'altra dottrina, che è come un corollario degli studi di Cohnheim sull'infiammazione e suppurazione, i tubercoli sarebbero formati dai leucociti trapelati dalle pareti dei vasi.

Ambedue queste dottrine essendo appoggiate ad accurate osservazioni ed argomenti teorici di molto valore, parmi si debba per necessità concludere, che mentre nè l'una nè l'altra bastano da sole a spiegare l'istogenesi della tubercolosi miliare, una parte di vero vi sia in ambedue.

Ciò parmi venga dimostrato dalla seguente osservazione, da me raccolta nel nostro spedale.

Campari Cesare, d'anni 28, veniva accolto nel nostro spedale il 25 Marzo 1870. Collocato nella sala U, si rilevò all'esame quanto segue:

Scheletro alto, ben sviluppato, grande dimagramento, color pallido-terreo della cute; torpore

(1) Archiv der Heilkunde, 1862.

(2) Virchow's Archiv. Bd. 41, 1870. — Idem, Bd. 49.

Digitized by Google

intellettuale assai grande, sicchè non fu possibile avere da lui alcun schiarimento intorno ai precedenti della malattia. Alle molte domande indirizzategli intorno alle attuali sue sofferenze, risponde colle sole parole: *ho gran mal di capo*, e porta in pari tempo le mani alla fronte, e rimane fermo a quella posizione per più ore.

All'esame del petto null'altro si rileva che poca sonorità, mormorio respiratorio assai debole, ed alcuni rantoli sibilanti e crepitanti fini in tutto l'ambito del petto.

Normali sono i toni ed i diametri del cuore.

Il ventre è alquanto meteoristico, ma del resto nessun sconcerto viscerale vi si può rilevare.

Calore di qualche frazione di grado superiore al normale (37 $^2/_5$ a 37 $^4/_5$); respirazione un poco accelerata (atti respiratori 28 al minuto); polso lentissimo (50 battute al minuto); midriasi destra, miosi sinistra.

Riguardo agli antecedenti, solo fu possibile sapere, che la malattia aveva avuto principio da soli 8 giorni, e che prima d'allora il Campari era stato perfettamente sano.

La diagnosi fatta fu di meningite, stante la prevalenza delle forme cerebrali; i sintomi di petto passarono quasi inosservati.

Per circa 10 giorni lo stato dell'infermo non presentò alcun notevole cambiamento, il polso si mantenne sempre assai lento, e il calore fu ognora pressochè normale. Verso l'undecima giornata si manifestò ad intervalli delirio tranquillo, comparve leggiera rigidità dei muscoli della nuca, la temperatura si elevò di circa un grado, la frequenza del polso giunse a 70, si manifestarono sudori profusi, diventò assai celere la respirazione, di poi s'aggiunsero contratture degli arti, e massime del braccio sinistro, paralisi degli sfinteri, midriasi in ambedue gli occhi, da ultimo coma, e il giorno 7 Aprile avvenne finalmente la morte.

Autopsia — fatta l'8 Aprile, 20 ore dopo la morte: Cadavere molto emaciato, adipe sotto-cutaneo atrofico, ventre rigonfio per meteorismo, muscoli di color rosso-cupo, asciutti.

Ossa del cranio molto spesse; diploe abbondante, ricca di sangue; dura madre ispessita, tenacemente adesa al cranio tanto in corrispondenza della base che della volta, sue vene turgide di sangue; seno sagittale pieno di sangue, in massima parte coagulato; granulazioni del Pacchioni molto ingrossate; aracnoidea della superficie convessa degli emisferi, intorbidata; siero sotto-aracnoideale molto abbondante, di color bianchiccio.

La pia madre, sì del cervello che del cervelletto e midollo allungato, presenta un'iniezione venosa assai forte, ed è dappertutto molto opaca, e leggermente ispessita. L'opacamento è più che altrove rilevante ai lobi frontali ed alle parte anteriore dei lobi temporali, e sopratutto in vicinanza della scissura longitudinale degli emisferi. La medesima membrana si svolge con qualche difficoltà dalle circonvoluzioni cerebrali, ed in molti punti il distacco avviene con lacerazioni della sostanza corticale, molti frammenti della quale rimangono aderenti all'interna superficie della meninge.

Esaminando poi la pia madre con molta attenzione, la si vede tempestata da numerosissime punteggiature di color bianchiccio, di cui molte rilevate in modo, da formare assai fine granulazioni, le più grosse delle quali hanno il volume di un grano di miglio. Queste punteggiature o granulazioni presentano ora contorni ben delimitati, ora invece hanno tutto all'intorno un'areola bianchiccia, che passa gradatamente nel circostante tessuto della pia madre apparentemente non alterato. — Le granulazioni migliariformi sono specialmente copiose ai lobi frontali e temporali; ve ne ha però in maggiore o minore quantità sulla pia madre di ogni regione del cervello, non che del cervelletto, e del midollo allungato. Le granulazioni medesime, poi, si osservano assai più spiccate e numerose sulla parte della pia madre nascosta nei solchi separatori delle circonvoluzioni. — Con un attento esame ad occhio nudo, e meglio ancora con una lente, si può inoltre rilevare, che, tanto le punteggiature che le granulazioni, sono con regola quasi generale situate lungo il decorso dei vasi sanguigni. — In corrispondenza ai punti, ove le granulazioni meningee sono più copiose, si scorgono alcune rare granulazioni bianco-gialliccie anche negli strati superficialissimi della corteccia cerebrale. — Sezionando in ogni direzione il cervello, nessuna traccia di granulazioni può riscontrarsi nell'interno dell'organo. — Del resto il parenchima cerebrale apparve in generale ricco di sangue, sensibilmente rammollito, massime in vicinanza ai ventricoli laterali, ed infiltrato di siero. — Ventricoli laterali dilatati, e contenenti circa due cucchiai di siero torbido per ciascuno; ependima ispessito, opacato e rugoso. I plessi coroidei, molto vascolarizzati, contengono numerose cisti, e concrezioni calcaree. — Terzo e quarto ventricolo dilatati; loro ependima ispessito e molle. Glandola pineale atrofica e piena di concrezioni calcaree.

Torace. — Circa 60 grammi di siero torbido nel pericardio. — Adipe sotto-pericardico scarso, ed in metamorfosi gelatinosa. — Cuore di normale grandezza e forma; miocardio di color rosso-bruno; grossi coaguli sanguigni molli nelle orecchiette, coaguli in massima parte fibrinosi nei ventricoli; leggier ispessimento dell'endocardio del ventricolo sinistro e delle valvole mitrali. — Varie piccole piastre da ateroma all'origine dell'aorta.

Molte aderenze antiche in ambe le pleure. — Polmoni espansi, e di color bruno per copiosa deposizione di pigmento. Praticate varie sezioni ver-

Digitized by Google

ticali tanto del polmone destro che del sinistro, il loro parenchima appare in totalità assai iperemico, e le superfici di sezione si presentano per ogni dove tempestate da una immensa quantità di granulazioni grigiastre, semi-trasparenti, dure, della grossezza massima di un grano di miglio, la maggior parte rilevate dal circostante tessuto polmonare, e così copiose, che è ben raro trovare una superficie dell'estensione di un centimetro quadrato, la quale ne sia affatto esente. — Mucosa dei bronchi, massime dei più piccoli, molto iperemica, tumefatta, e coperta da uno strato di essudato catarrale.

Addome. — Stomaco disteso da gaz; sua mucosa alquanto iperemica, e rivestita da molto muco gelatinoso. — Tonache intestinali pure dilatate, e assottigliate; follicoli solitari dell'ileo, e massime delle parti di esso prossime al cieco, notevolmente ingrossati; iperemia a chiazze qua e là sparse della mucosa del crasso. — Fegato molto voluminoso, e di color rosso-giallastro per abbondante infiltrazione adiposa; anch'esso presenta qua e là sparse alcune granulazioni grigio-giallognole, della grossezza media di un grano di canape, irregolarmente sparse entro il parenchima dell'organo, col quale sono più intimamente connesse che non le granulazioni del polmone. — Milza di due volte circa più grossa del normale, molle, con corpuscoli malpighiani ben visibili. — Nessun'alterazione meritevole di rimarco offersero gli altri visceri.

Osservazioni microscopiche. — Le granulazioni della pia madre, esaminate a fresco mediante dilacerazione in liquido indifferente, appaiono costituite: — 1.° da cellule del diametro di 6 a 10 μ, a protoplasma trasparente, fornite di 1 o 2 nuclei piuttosto piccoli, cellule pertanto simili ai globuli bianchi del sangue; — 2.° da cellule tondeggianti, del diametro di 10 a 20 μ, a protoplasma granuloso, e nucleo d'ordinario eccentrico; queste cellule si direbbero forme di passaggio da quelle descritte al n.° 1.° alle seguenti; — 3.° da grandi cellule, che raggiungono perfino il diametro di 60 μ, a protoplasma pure granuloso, e fornite di 2-4-6 e fino 15 nuclei. — Insieme a questi elementi notasi poi buon numero di altre cellule grandi, appiattite, sottili a guisa di sottilissime laminelle, perfettamente come le cellule endoteliche (endotelio della pia madre?); infine altre cellule, che perciò solo differiscono dalle anzidette, che hanno in totalità od in parte l'aspetto granuloso, e sono fornite di 1-2-3 e più nuclei, come quelle descritte al n.° 3, e che pertanto si direbbero forme di passaggio dalle cellule endoteliche alle cellule a protoplasma granuloso, ad 1 o molti nuclei.

Sottoponendo poi all'esame microscopico dei pezzetti di pia madre, si rileva che la di lei superficie interna è quasi dappertutto, anche ove apparentemente è sana, sì nel cervello che nel cervelletto e midollo allungato, rivestita da uno strato di cellule granulose a nucleo unico o molteplice, le quali sono in alcuni tratti regolarmente disposte quasi come un rivestimento epiteliare. In alcuni punti sono accumulate in grandissima quantità, e formano le descritte punteggiature o granulazioni, le quali si trovano molto più di frequente, non però costantemente, all'intorno dei vasi. — Dove l'accumulo di cellule è mediocre, si può osservare che le piccole granulazioni stanno fra la guaina linfatica e le pareti proprie dei vasi sanguigni; ma tali rapporti non si ponno rilevare ove l'accumulo di cellule è assai grande. A partire dalle granulazioni, però, gli spazi perivascolari meningei sono per lungo tratto occupati da cellule a protoplasma granuloso, mono-o polinucleate.

Le granulazioni, trovate alla superficie della corteccia cerebrale, offersero all'esame gli stessi elementi che le granulazioni meningee, eccetto che vi mancavano le cellule appiattite liscie o granulose.

Merita una speciale attenzione il reperto microscopico relativo agli spazi perivascolari del cervello. Pressochè tutti i vasi estratti con una pinzetta dalle diverse regioni del cervello (circonvoluzioni, centro ovale, talami ottimi, corpi striati, cervelletto ecc.), e specialmente quelli tolti da regioni prossime a parti della pia madre più ricche di granulazioni, presentavano gli spazi linfatici notevolmente dilatati, e, al pari di quelli delle meningi, zeppi di cellule affatto simili a quelle delle granulazioni tubercolari, e dove prevalevano le grandi cellule granulose, dove le piccole a protoplasma trasparente. In alcuni rami vascolari l'accumulo di cellule era così grande, che il diametro degli spazi linfatici superava di 2 o 3 volte la media normale; in nessun punto, però, esistevano circoscritti ammassi di cellule, tali da formare granulazioni visibili ad occhio nudo. Quasi in tutti i vasi del parenchima cerebrale, come nei vasi delle meningi, le cellule fusiformi, od appiattite e larghe, formanti l'avventizia cellulare, erano tumefatte e granulose, ed alcune erano fornite di 2-4 e più nuclei.

Riguardo alle granulazioni, di cui erano gremiti i polmoni, mi limiterò a dire, che il risultato dell'esame microscopico delle medesime fu la conferma della diagnosi, già fatta, di tubercolosi miliare acuta. Le granulazioni del fegato risiedevano nel connettivo interlobulare, e constavano esclusivamente di cellule embrionali tondeggianti o fusate.

Questa osservazione, la quale peraltro, eccettuate alcune particolarità da me rilevate, corrisponde al quadro di tutte le tubercolosi miliari delle meningi, può offrire argomenti tanto per chi volesse provare l'origine locale dei tubercoli,

Digitized by Google

come per chi intendesse dimostrare, che i tubercoli sono formati dai globuli bianchi del sangue, trapelati dalle pareti dei vasi. E invero, se a favore dei primi potrebbesi accampare l'esistenza delle forme di passaggio dagli elementi, che normalmente si trovano nella pia madre ed intorno ai vasi del cervello (cellule connettive tondeggianti, fusiformi, ed appiattite e larghe), colle cellule delle granaluzioni tubercolari, non che la molteplicità dei nuclei dei menzionati elementi, e ciò col riscontro dei risultati delle numerose osservazioni, colle quali da Virchow a Strieker si provò, che in tutti i tessuti può aver luogo nuova formazione di elementi per scissione dei preesistenti, — a vantaggio dei secondi starebbe invece la rapida diffusione del processo in molti organi contemporaneamente; il quasi costante immediato rapporto delle granulazioni coi vasi; la perfetta somiglianza di molti degli elementi formanti i tubercoli, ed accumulati lungo i canali perivascolari, coi globuli bianchi; ed infine la dimostrata capacità dei globuli bianchi ad uscire dai vasi.

Vero è, però, che nessuno di questi argomenti equivale ad una dimostrazione anatomica del fatto, e che, anzi, a ciascuno di essi si potrebbe contrapporre un'obbiezione; ma nel loro assieme sono indubbiamente di molto valore. Si aggiunga, che riguardo alla tubercolosi del fegato, se esatte sono le osservazioni di Schüppel, potrebbe ormai dirsi dimostrato, che gli elementi dei tubercoli siano forniti dal sangue. In un fegato affetto da tubercoli Schüppel (1) osservò, che i capillari interacinali delle parti affette, ed anche di punti in apparenza sani, erano sfiancati da cellule ad uno o più nuclei, simili a quelle che formavano i tubercoli, che egli chiama *cellule tubercolari*.

Io devo dire per altro di aver fatto ripetute ricerche, per vedere se un fatto simile esistesse anche nelle meningi e nel cervello, ma con risultato negativo; io ebbi solo ad osservare un generale aumento notevole dei globuli bianchi del sangue.

Dovendosi adunque riconoscere una parte di vero in ambedue le esposte dottrine, l'istogenesi dei tubercoli potrebbe essere nel seguente modo spiegata: il primo sviluppo avviene per deposizione di globuli bianchi del sangue, i quali però, essendo in modo incognito alterati, pervertiscono anche la nutrizione degli elementi dei tessuti, coi quali vengono a contatto, e da ciò il morboso moltiplicarsi degli uni e degli altri.

La rapida diffusione del processo tubercolare nella pia madre e nel cervello fors'anche devesi in parte al trasporto degli elementi da un punto all'altro per mezzo dei canali perivascolari. Il reperto da me descritto darebbe fondamento anche a tale ipotesi.

(1) Wagner's Archiv der Heilkunde, 1870.

VIII.

Dopochè per le ricerche di Recklinghausen (1) e di Koester (2) parve dimostrato, che certi tumori ponno svilupparsi dai linfatici, e più probabilmente dal loro endotelio, gli anatomo-patologi fecero osservazioni allo scopo di determinare, se anche i canali perivascolari, organi che nel cervello, ed in parte anche nelle meningi, fungono di linfatici, prendono parte allo sviluppo e diffusione dei neoplasmi. Due soltanto, però, sono le osservazioni, che finora vennero pubblicate su tale argomento, l'una di Bizzozero, l'altra di Eberth.

Il primo (3) descrisse un caso di sarcoma a cellule rotonde del cervello, nel quale i vasi del parenchima cerebrale circostante alla neoformazione offrivano gli spazi linfatici dilatatissimi e ripieni da ammassi di cellule in tutto simili alle cellule del tumore. Il diligente studio del caso fece inclinare l'autore ad ammettere, che gli elementi del neoplasma derivassero dalla moltiplicazione delle cellule degli spazi linfatici.

Eberth (4) avrebbe osservato svilupparsi una neoformazione epiteliare della guaina linfatica dei vasi della pia madre e dalla corteccia del cervello. Questa osservazione, per altro, ha per fondamento principale il fatto, ammesso da Eberth, ma dalle osservazioni mie e di altri contraddetto, che esista un rivestimento epiteliare (peritelio) sulla faccia esterna della guaina linfatica.

Pertanto, avendosi tuttora assai incompleta ed incerta conoscenza del modo di comportarsi dei canali linfatici perivascolari nello sviluppo e diffusione delle neoformazioni, parmi di non poco interesse offrire un'esatta descrizione di un caso di sarcoma generalizzato, da me raccolto, nel quale il primitivo sviluppo dei numerosissimi focolai sarcomatosi del cervello aveva luogo appunto entro i canali perivascolari.

Porta Carlo, d'anni 47, infermiere addetto all'ospedale di Pavia, entrava nella sala U dell'ospedale stesso il giorno 12 Agosto 1869.

Risulta dall'anamnesi, che sebbene egli abusasse spesso di alcoolici, e della venere, prima che avesse principio l'attuale malattia non aveva sofferto che passaggieri disturbi; e che per l'intel-

(1) Graefe's Archiv für Ophthalm., 1864, Bd. XII.
(2) Virchow's Archiv, Bd. 40, S. 468.
(3) Loco citato.
(4) Zur Entwickelung des Epithelioms (Cholesteatoms) der Pia und der Lunge. — Virchow's Arch. Bd. 49, S. 51, 1869.

Digitized by Google

ligenza e per l'attività, che dimostrava nel disimpegno di propri offici, era tenuto in concetto di ottimo infermiere.

Tre mesi prima che fosse accolto nella sala U, si disse in causa di grave dispiacere domestico, cominciò a perdere l'abituale sua ilarità, a lagnarsi di un continuo malessere, di affievolimento delle forze, e tratto tratto di dolori articolari ed alla gola; più tardi, essendosi aggiunto tosse, e febbre preceduta da freddo ricorrente ad accessi di tipo irregolare, dovette cessare dal lavoro, e chiedere l'opera di un medico. — La cura fatta pare che tornasse giovevole, perchè arrestata la febbre, e scemati i dolori articolari, il paziente potè dopo 10 giorni ritornare al servizio. — Però egli era tuttora assai deperito, soffriva ambascia alla più lieve fatica, e continuava a lagnarsi di dolori alla gola, con difficoltà al deglutire. Nel corso delle due o tre settimane, che il paziente ancora rimase al servizio dell' ospedale, andò gradatamente dimagrando, ed assumendo un aspetto cachettico, e diventò alla fine così esausto di forze, che sebbene non fossero insorti altri sconcerti, dovette a rinunciare a qualunque fatica. — Stette a casa in riposo tre o quattro giorni, e quindi chiese d' esser ricoverato nell' ospedale.

All' esame, istituito il giorno stesso del suo ingresso nella sala, si rilevò: tumefazione rilevante della tiroidea; atti respiratori un po' più frequenti del normale (26 respirazioni al minuto); diminuzione di sonorità, e respirazione aspra ad ambedue gli apici polmonari; area dell' ottusità cardiaca leggierissimamente aumentata nel senso della larghezza; urto della punta del cuore visibile al 5.° spazio intercostale, un centimetro all'interno della linea papillare verticale; primo tono sulla punta accompagnato da leggier soffio, secondo tono sulla polmonare leggermente accentuato.

Al ventre null'altro si notò che un po' di meteorismo.

La temperatura era all' ascella di 38° C.; il polso della radiale dava 90 battiti al minuto.

L'intelligenza del paziente era del resto per nulla affatto alterata, dimodochè egli stesso fece una precisa relazione della sua malattia e dei suoi antecedenti, e rispondeva a qualunque questione gli venisse fatta. — La sensibilità tattile e dolorifica era del pari ben conservata in ogni parte della cute. — Eccettuata la generale debolezza muscolare, non si notavano sintomi, che accennassero all'esistenza di disordini della motilità.

L'infermo rimase nello stato descritto per tre o quattro giorni, ma poi volse rapidamente alla peggio. — L'intelligenza divenne più ottusa, insorse delirio; la generale debolezza arrivò a tal grado, che a stento riesciva a porsi a sedere, tuttavia durante il delirio discendeva talvolta dal letto, e camminava a passo franco per la sala. — Dopo altri due o tre giorni comparve paralisi dello sfintere vescicale, la debolezza muscolare si fece alquanto più sensibile agli arti del lato destro, e s' aggiunse midriasi. Sotto lo stimolo della luce la pupilla restringevasi ancora, ma dilatavasi dopo, sebbene continuasse l' azione della luce. Malgrado il progressivo aggravarsi dello stato dell' infermo, sembrava che l' esito della morte non fosse molto prossimo; quando la dispnea, che per la tumefazione della tiroidea già in modico grado esisteva, all' improvviso la sera del 26 Agosto si aggravò al massimo grado, la respirazione si fece sibilante, il paziente divenne cianotico, e morì la mattina del giorno 27, presentando tutto il quadro della morte per soffocazione in causa di stenosi laringea o tracheale.

Negli ultimi istanti di vita l'intelligenza era bensì offuscata, ma egli riesciva ancora, sebbene con qualche stento, a riordinare le idee; riconosceva le persone a lui già note, e commovevasi alla vista dei figli suoi.

Autopsia — eseguita 24 ore dopo la morte:

Abito esterno. — Corpo di media statura, molto denutrito; scheletro ben conformato; cute floscia, di color giallo-sporco; pannicolo adiposo quasi completamente scomparso, il poco adipe residuante appare di color giallo; muscoli di color rosso-cupo, asciutti.

Capo. — Ossa del cranio di medio spessore, con diploe scarsa e molle. Sulla parete interna del parietale destro, in prossimità alla sutura sagittale, notansi 3 infossature tondeggianti, del diametro di ½ a 2 centimetri, in corrispondenza delle quali le lamine craniche sono sottilissime, e formano verso la superficie esterna una leggera rilevatezza. Due eguali infossature si riscontrano nel parietale sinistro in vicinanza al suo angolo posterior superiore, nelle quali stanno innicchiati altrettanti tumoretti attaccati alla dura madre. — Questa presenta aderenze assai tenaci alla volta cranica, non solo in corrispondenza alle suture, ma anche in corrispondenza alle gobbe parietali, ed in vicinanza delle suddescritte infossature. — Iniezione venosa assai forte tanto della dura che della pia meninge. — Granulazioni del Pacchioni notevolmente ingrossate. — Siero in quantità considerevole negli spazi sotto-aracnoidei. — La pia madre è in totalità lievemente opacata per infiltrazione sierosa, e sulla convessità degli emisferi, lateralmente al solco divisore, pel tratto di due a tre centimetri è ispessita ed affatto opaca. Qua e là irregolarmente sparsi sulla medesima si riscontrano da 15 a 20 bitorzoletti, del volume di un grano di miglio ad un cece, di color bianco-rossigno, circondati da un' areola rosso-bruna per stravasi di sangue; molti di tali bitorzoletti si innicchiano nella sostanza cerebrale. — Il cervello è alquanto più molle del normale, e ricco di punteggiature vascolari. Sezionandolo in varie dire-

Digitized by Google

zioni, lo si scorge tempestato da una grandissima quantità di nodi della grossezza di granuli appena visibili, fino ad una grossa noce. Di tali nodi del volume di una noce, io ne riscontrai uno entro la sostanza bianca del lobo medio dell'emisfero sinistro, appena al di sotto della sostanza corticale della superficie superiore del lobo medesimo; un altro in una località corrispondente del lobo destro; un terzo al lobo medio destro, ma in vicinanza al suo piano inferiore, e questo era così superficiale, che, quando si volle levare la pia meninge, il sottilissimo strato di sostanza grigia, che lo copriva, si ruppe, ed il neoplasma si distaccò, lasciando un'irregolare infossatura. Gli altri nodi di minor volume, erano sparsi affatto irregolarmente nelle varie regioni del cervello, ed indistintamente tanto nella sostanza corticale quanto nella midollare. Alcuni piccoli nodi trovansi anche entro i corpi striati, talami ottimi, peduncoli cerebrali e perfino nel nodo. Il cervelletto ne contiene una quantità relativamente assai minore del cervello. Molti di tali nodi sono circondati da sangue stravasato e da un'area di sostanza cerebrale di color giallo e rammollita, ed hanno quindi l'apparenza di focolai apoplettici. — Nel cervello null'altro macroscopicamente si riscontra, che meriti una speciale considerazione.

Collo. — La tiroidea presenta un volume di circa 4 volte maggiore del normale, e tale aumento di volume è dato in parte dalla presenza di cisti colloidee e di cisti calcaree, ed in parte da una neoformazione, la quale non ha confini ben delimitati, ma va gradatamente confondendosi col tessuto della glandola. Il tessuto proprio delle neoformazioni presenta al taglio una piuttosto forte resistenza, e la superficie di sezione appare liscia, di color bianco-rossigno alla periferia, e di color giallognolo nel mezzo. — Spaccata la laringe e la trachea, si presenta un tumoretto della grossezza di una nocciuola, attaccato mediate un corto peduncolo alla parte anteriore dei due primi anelli della trachea; la mucosa di tutto il canale tracheo-bronchiale è iperemica, ispessita, molle e coperta da un sottile strato di muco. Nel punto ove ha sede il tumore, il lume della trachea è perciò quasi completamente otturato.

Petto. — I polmoni presentano scarse antiche aderenze al torace, e sono espansi ed aereati; il lobo superiore del polmone sinistro, ed i lobi superiore e medio del polmone destro, contengono ciascuno da 15 a 20 tumoretti, del volume di un grano di miglio ad una noce, duri al taglio, e di color grigiastro, o grigio-giallognolo. Il lobo inferiore di ambedue i polmoni è di colore rosso-oscuro per intensa iperemia.

Cuore alquanto più grosso del normale, per ipertrofia delle pareti del ventricolo destro, e rivestito di adipe gelatinoso. Sezionato, e messe allo scoperto le cavità, si scorge che non solo nello spessore del miocardio di ambedue i ventricoli, ma nell'endocardio, nei muscoli papillari, ed in una valvola mitrale, vi hanno numerosi nodi di apparenza identica a quella dei polmoni, però in generale di minor volume.

Addome. — Quasi tutti i visceri addominali, cioè fegato, milza, reni, intestina, mesenterio, sono disseminati di nodi, di volume, colore e consistenza eguale a quelli trovati nei polmoni, cuore, cervello. — Del resto null'altro nell'addome si riscontra, che meriti di esser notato.

Osservazioni microscopiche. — Credo superfluo fare una dettagliata descrizione microscopica dei nodi, che trovavansi nei visceri del petto e dell'addome, riguardo ai quali mi limiterò a dire, che tutti offersero i caratteri del sarcoma a cellule rotonde e fusiformi; e passo quindi senz'altro ad esporre il reperto microscopico relativo ai vasi cerebrali, ed ai nodi del neoplasma delle meningi e del cervello.

All'esame per dilacerazione di uno qualunque dei descritti nodi, si riscontrano i seguenti elementi: — 1.° Cellule fusiformi, della lunghezza media di 40 a 50 μ, fornite di un nucleo ovale. — 2.° Cellule rotonde, del diametro medio di 10 a 15 μ, costituite da un grosso nucleo, circondato da scarso protoplasma. — 3.° Cellule pure rotonde, ma più grandi delle precedenti, aventi cioè un diametro medio di 15 a 25 μ, contenenti una maggiore o minor quantità di granuli adiposi addensati intorno al nucleo. — 4.° Vasi di nuova formazione, i quali per altro, non si trovano che nei più grossi nuclei.

Nelle areole di sostanza cerebrale rammollita, circondante i nodi di data più antica, si notano: granulazioni adipose sparse, ammassi di granuli (corpi granulosi di Gluge), grandi cellule contenenti globuli di sangue più o meno alterati.

Esaminando i vasi, che da regioni della pia madre, su cui hanno sede dei nodi, penetrano nelle circonvoluzioni, ed i vasi della sostanza cerebrale in vicinanza ai focolai del neoplasma, si osserva che entro gli spazi linfatici perivascolari di molti di essi vi hanno delle cellule fusiformi e rotonde, perfettamente eguali a quelle che costituiscono gli stessi nodi del neoplasma. Tali elementi occupano talvolta lunghissimi tratti degli spazi linfatici perivascolari, senza alterarne in verun modo la forma; spesso invece l'accumulo delle cellule dà luogo a dilatazioni globose o fusiformi di varia grandezza, le quali sono evidentemente dei rudimenti di altrettanti focolai del neoplasma.

Prendendo poi in esame, estraendoli intatti colla pinzetta, qualcuno dei più piccoli nodi, è facile constatare, che essi trovansi sempre sulla continuazione di qualche vaso. In prossimità al piccolo focolaio l'accumulo degli elementi impedisce di discernere le tonache proprie dei vasi, ma mano mano allontanandosi si distinguono:

Digitized by Google

all'interno il vaso sanguigno, pieno di globuli spesso alterati, tutto all'intorno del vaso uno strato degli elementi del sarcoma, ed all'esterno la guaina linfatica, la quale talvolta conservasi intatta anche in corrispondenza della parte più grossa del focolaio.

Lo studio su sezioni di pezzi di cervello induriti, con entro dei nodi a diverso periodo di sviluppo, rese manifesto: — 1.° Che i nodi di recente formazione constavano di un semplice accumulo di cellule rotonde e fusiformi, e mancavano di vasi. — 2.° Che nei focolai di data più antica gli elementi tendevano a disporsi più regolarmente, assumendo una tessitura analoga a quella del sarcoma fascicolato, e che in questi esistevano dei vasi sanguigni neoformati ed irregolarmente disposti.

Il caso da me ora descritto non è privo di importanza clinica, inquantochè dimostra, come possano esistere guasti estesissimi del cervello senza dar luogo a sconcerti mentali non solo, ma quasi senza recare sconcerti di sorta all'organismo. Si è veduto infatti, che sebbene alcuni dei nodi del cervello fossero evidentemente di antica data, e che probabilmente molti avessero una data di vari mesi, tuttavia il paziente potè attendere ai suoi uffici fino a 2 o 3 settimane prima della morte, e conservò perfettamente intatta l'intelligenza fino agli ultimi giorni di vita.

Ma l'interesse di questo caso è essenzialmente anatomo-patologico, perchè pone in evidenza uno dei modi di diffusione dei neoplasmi nel cervello, che finora da nessuno venne osservato.

Egli è infatti evidente, che in questo caso la straordinaria diffusione del neoplarma del cervello avvenne, almeno in parte, per opera degli spazi linfatici perivascolari, mediante il trasporto degli elementi morbosi da un punto all'altro. Per tale trasporto di elementi si formavano dapprima dei semplici ammassi informi, che si appalesavno coi descritti rigonfiamenti degli spazi linfatici; quindi, per la proliferazione delle cellule e per lo sviluppo dei vasi gli ammassi prendevano uno sviluppo indipendente, costituendo più tardi dei veri nodi di sarcoma.

Anche per questo caso però, come per la tubercolosi, la contemporanea manifestazione di innumerevoli focolai sarcomatosi in pressochè tutti gli organi, caso del resto non raro nella storia dei neoplasmi, — lo svilupparsi dei focolai medesimi sempre lungo il decorso dei vasi, constatato nel cervello, — e dirò anche la molta somiglianza dei globuli bianchi del sangue colle cellule sarcomatose rotonde, — e le forme di passaggio da queste alle fusate, — tutto ciò, dico, fa pensare, che anche la patogenesi dei sarcomi debbasi in parte ai globuli bianchi del sangue.

I fatti più importanti, da me esposti in questo lavoro, si ponno riassumere nelle seguenti:

Conclusioni

1.° I vasi linfatici cerebrali sono costituiti da canali limitati all'esterno da una sottilissima membranella, fornita di nuclei irregolarmente sparsi nel suo spessore, e conosciuta col nome di avventizia linfatica; — all'interno, dalle pareti dei vasi sanguigni, attorno ai quali l'avventizia si avvolge.

2.° — L'ampiezza degli spazi linfatici perivascolari varia secondo: — *a)* l'età degli individui, — *b)* le diverse regioni del cervello, — *c)* il diametro dei vasi sanguigni, in essi spazi contenuti.

a) Nei bambini l'ampiezza dei canali perivascolari è alquanto maggiore che negli adulti. — È probabile, però, che questa maggiore ampiezza dei canali perivascolari dei bambini dipenda da ciò, che in essi si trova quasi costantemente, ed assai diffusa, la degenerazione adiposa delle cellule, la quale alterazione è causa, che gli spazi si dilatino talora enormemente.

b) Il maximum dell'ampiezza dei linfatici si riscontra agli emisferi, seguono in ragione decrescente i corpi striati, i talami ottici, il cervelletto, il nodo del cervello, la lamina cribrosa.

c) L'ampiezza degli spazi linfatici perivascolari non è in ragione diretta del diametro dei corrispondenti vasi sanguigni, ma, stabiliti i dovuti rapporti, vi ha invece quasi un rapporto inverso.

3.° — La rapida dilatazione dei vasi sanguigni del cervello (congestione cerebrale acuta) avviene a scapito dei corrispondenti spazi linfatici perivascolari, e viceversa la diminuzione del calibro dei vasi (anemia cerebrale) dà luogo ad un aumento dell'ampiezza dei canali perivascolari. — Questo fatto scioglie la quistione, tuttora controversa, della possibilità della congestione cerebrale acuta.

4.° Può contemporaneamente esistere una grande dilatazione, tanto dei vasi sanguigni, che degli spazi linfatici perivascolari; ma ciò si verifica sempre in individui, che in conseguenza di affezioni croniche cardiache o polmonari, sono disposti alle stasi venose ed alle trasudazioni sierose. — In questi casi è d'uopo ammettere una diminuzione del volume del parenchima proprio del cervello, che equilibri l'aumento di volume delle due specie di vasi. — Nell'atrofia senile del cervello si riscontrano, infatti, insieme ad una notevole dilatazione dei vasi sanguigni, delle enormi dilatazioni e sinuosità dei canali perivascolari.

5.° — L'edema generale o parziale del cervello è sempre associato ad una corrispondente anormale dilatazione degli spazi linfatici perivascolari.

6.° — Nella patogenesi di quella singolare alterazione del cervello, designata da Durand-Fardel col nome di *état criblé*, hanno una parte impor-

Digitized by Google

tantissima gli spazi linfatici perivascolari (Bizzozero). — È probabile, che le straordinarie dilatazioni dei linfatici, che danno al cervello l'aspetto poroso, siano conseguenza di un'atrofia del tessuto cerebrale, nello stesso modo che la bronchiectasia è secondaria al raggrinzamento del polmone.

7.° — Le pareti dei linfatici del cervello ponno presentare varie alterazioni, delle quali specialmente importanti sono le seguenti:

a) Degenerazione adiposa. — Questa è, si può dire, costante nei bambini, morti entro il primo anno di vita; interessa d'ordinario estesi tratti dei vasi d'ogni regione del cervello, e talora dalla guaina si diffonde alle cellule della nevroglia. — La degenerazione adiposa si riscontra pure spesse volte anche negli adulti, ma in essi non è mai così diffusa come nei bambini.

b) Degenerazione calcarea. — Si riscontra quasi esclusivamente negli adulti, e presentasi sotto forma di piastricelle o globi, del diametro di $1/2$ a $4/10$ di millimetro, molto rifrangenti la luce.

c) Pigmentazione. — Si presenta sotto forma di strie, talora assai lunghe e serpentine, costituite da molecole pigmentali accumulate entro le cellule allungate, che entrano a costituire la guaina linfatica dei vasi cerebrali.

8.° — Anche il contenuto dei canali perivascolari del cervello può presentare delle alterazioni patologiche, le quali consistono o semplicemente in cambiamenti relativi alla quantità o qualità degli elementi, che normalmente vi sono contenuti (accumulo di corpuscoli linfatici e di granuli di ematosina, degenerazione adiposa dei corpuscoli linfatici ecc.), — oppure nella presenza di elementi estranei, come pus, tubercoli, elementi di di neoplasmi ecc.

9.° — Come i linfatici comuni delle diverse parti del corpo, trasportando gli elementi delle neoformazioni, danno luogo a dei focolai secondari delle neoformazioni medesime (metastasi), così gli spazi linfatici perivascolari ponno essere la via, per la quale i neoplasmi nel cervello si diffondono da un punto all'altro.

Dell'ascoltazione nella diagnosi differenziale delle presentazioni del feto

RISPOSTA

AL CHIARISSIMO SIG. PROF. MASSARENTI

DEL

Dott. CESARE BELLUZZI.

Io aveva in animo di ritornare sull'argomento dell'ascoltazione nella diagnosi delle presentazioni del feto, che trattai nell'anno scorso davanti l'Accademia nostra delle Scienze (1), allorchè i fatti da me nuovamente raccolti fossero sotto vari aspetti più numerosi, quando le osservazioni critiche del chiarissimo Prof. Massarenti a quel mio lavoro, pubblicate nel Fasc. 8.° della *Rivista Clinica di Bologna* comparso in luce nel corrente mese di Ottobre, mi hanno obbligato di farlo ora. Ho poi preferito di dirigere la mia risposta alla citata *Rivista*, perchè i lettori veggano il pro ed il contro sull'argomento, e perchè lo stesso Massarenti mi invita di indicare il processo da me tenuto nel determinare l'ubicazione del cuore nel cadavere del neonato.

In quella mia Memoria vi sono due parti bene distinte. Nella prima dimostrava, che l'insegnamento dato dalla maggior parte dei trattatisti di ostetricia, circa la diagnosi differenziale delle presentazioni del feto mediante l'ascoltazione, può condurre non poche volte in errore; mentre nell'altra proponeva un processo diverso per giunger meglio, secondo me, allo scopo colla ascoltazione medesima. Oggi mi limiterò di ritornare sul primo assunto di quella, cercando di convalidarlo maggiormente con altre osservazioni ed argomenti, riserbandomi di trattare in seguito dell'altra. Sarebbe inutile infatti tornare su di essa, qualora non fossi riescito nella prima dimostrazione. In questo modo sarò anche più breve, al qual fine mi atterrò in ispecie all'osservazione clinica, la quale è sufficiente all'uopo; ammettendo anche il Massarenti, che gli autori nel precetto sunnominato intesero di apprezzare il fatto empiricamente.

Risulta dalle citazioni, che io riportai da vari trattatisti di ostetricia, che dessi nelle presentazioni del vertice ammettono, che nella donna incinta nel 9.° mese, o in principio del soprapparto, il massimo di intensità dei rumori cardiaci fetali si ode al disotto dell'ombellico, e al disopra del medesimo nelle presentazioni delle na-

(1) Memorie dell'Istituto delle Scienze di Bologna, Ser. 2.ª, T. 9.°, Fasc. 1, p. 73.

Digitized by Google

tiche, e ciò in un modo più o meno assoluto. Non tacqui però essere a mia cognizione, che il Joulin ed il Sillani mettono in guardia verso un tale insegnamento, avvertendo che può condurre in errore. Ai quali autori ora aggiungo anche il Braun e il Depaul.

Intorno ai fatti poi, che io riportai a sostegno del mio assunto, il lettore non può farsene un'idea esatta dall'analisi che ne dà il Massarenti, il quale si limita ad analizzarne uno solo, quello che egli giudica il più circostanziato.

Io consegnai in quella Memoria le osservazioni istituite sopra 14 incinte, alcune delle quali furono esaminate più volte in vari momenti della gestazione. Vi sono dapprima 10 presentazioni primitive del vertice, disposte in uno specchio con dettagli anche superiori al bisogno. Infatti non vi è notato solamente la distanza dell'area cardiaca e della cicatrice ombellicale dall'orlo superiore del pube (solo dettaglio richiesto all'uopo), ma altresì la distanza da esso dell'estreno dell'ovoide fetale rivolto in alto, e dell'altro opposto; ben inteso che l'utero veniva ad essi accostato, ove nol fosse naturalmente.

Le suddette osservazioni furono fatte senza distinzione nella Maternità nel 1868 e primo mese del 1869, ed affinchè, lusingato di avere scoperto il suddetto fatto ostetrico, non cadessi nel pericolo di trovare facilmente ciò che si desidera, volli ripetute le mie osservazioni dal Sostituto Dott. Pilla, e dal Medico Assistente, che fu per un tempo l'egregio Dott. Giovannini, e quindi il distinto giovine Dott. Ercole Fabbri. Anzi molte volte lasciava ad essi il trovare l'area cardiaca fetale, riserbandomi di ascoltare dippoi.

Trovavansi le donne nominate una alla fine dell'8.° mese, le altre nel 9.° più o meno avanzato, ed una di esse era anzi in soprapparto, a sacco amniotico però intatto. Ora nelle donne segnate nello specchio ai Numeri 5 e 6 il centro dell'area cardiaca era a livello dell'ombellico, e in quella segnata col N. 4 sopra di esso centim. 1,5 nel 9.° mese inoltrato, che si abbassò poi solo dichiarato il travaglio.

E qui aggiungo subito una riflessione, e cioè che componendosi il precetto dato dagli autori nominati di due proposizioni: 1.ª presentazione del vertice, doppio battito sotto l'ombellico; 2.ª presentazione delle natiche doppio battito a livello o al disopra di esso; basta mostrarne una erronea, perchè tutto il precetto sia infirmato; e così io avrei comprovato abbastanza il mio assunto.

Volli però aggiungere 3 osservazioni relative a collocazione molto obbliqua del feto nell'utero, anche perchè in quelle 3 incinte fu fatta la versione del feto colle esterne manovre, e così fu ridotto in presentazione del vertice. Condotta adunque in tutte e tre la testa fetale in basso, in una fu rinvenuto l'area cardiaca al disopra dell'ombellico, e questa pure appartiene alla Maternità. — Mentre poi i suddetti feti erano collocati obbliquamente nell'utero, offrirono il massimo d'intensità del doppio battito alla destra dell'ombellico, e più presso alle natiche, che erano da quel lato. In uno di questi casi, dirò ancora, visitato assieme col chiarissimo Prof. Landi, nè col riscontro interno nè colla palpazione fu possibile, prima della versione, distinguere da qual lato fosse la testa, per essere la Signora molto pingue. Risultati che io offro, se non altro quale contingente nello studio dell'ascoltazione nelle obbliquità del feto.

Finalmente ad abbondanza di prove portai anche un caso di presentazione delle natiche, nel quale il doppio battito dal livello della linea ombellicale della madre si estendeva in basso per vari centimetri. È vero che vidi la donna in travaglio, e che le acque erano scolate da 9 ore; però la parte presentata era al distretto superiore, a un dipresso come avviene del capo, quando il feto sia voluminoso (come lo era quello di cui si tratta), o la pelvi non abbastanza capace.

A questo fatto però il Massarenti muove eccezione, dicendo: «se il Belluzzi avesse esaminata la donna avanti il soprapparto o nei primordi del medesimo (e non 9 ore dopo lo scolo delle acque), avrebbe senza dubbio sentito i rumori cardiaci superiormente all'ombellico.» Alla quale osservazione torna in acconcio far risaltare una circostanza importantissima dimenticata dal Massarenti, e cioè che le natiche anche dopo 9 ore dallo scolo delle acque *erano alte, e non urtavano affatto il dito esploratore sotto le doglie;* sicchè dovetti anzi applicare dippoi l'uncino del forcipe all'inguine per farle discendere, e compiere l'estrazione del feto. Ma ammesso pure, che avanti la rottura delle acque le natiche fossero alquanto più alte di quello io le trovai, anche la cicatrice ombellicale con tutta probabilità era più alta, e quindi relativamente ad essa l'area cardiaca poteva pure essere inferiore; essendomi accorto alcune volte, che l'ombellico si abbassa pel solo fatto della sortita delle acque. D'altronde il dato in discorso dell'ascoltazione è indicato dagli autori non solo nella gravidanza inoltrata, ma altresì nei primordi del soprapparto, nel quale periodo, come ognun sa, possono già essere sortite le acque.

Ora potrei aggiungere molti altri fatti in appoggio della mia asserzione, raccolti dopo quell'epoca, ma per brevità mi limito ad accennarne solo alcuni osservati in questi giorni. Nel dì 15 Ottobre corr., in cui ricevetti il lavoro critico del Massarenti, mi proposi di esaminare le incinte che si trovavano nella Maternità, nel che mi si dettero due combinazioni favorevoli.

La prima fu, che nella prima incinta, nella quale io ed il mio assistente portammo il nostro esame

Digitized by Google

(N. progr.° 52), si trovò chiaramente, che con una presentazione del vertice la maggiore intensità dell' area cardiaca era al disopra dell' ombellico.

L' altra combinazione favorevole fu di incontrare uscendo dalla Maternità il Prof. Massarenti, cui comunicai l' osservazione fatta allora allora, invitandolo a visitare la incinta nominata. Al quale mio desiderio non credette di aderire, dicendo « di avere veduto anch' egli fatti » simili, che ritiene eccezionali; aggiungendo che » per esso il fatto capitale era la posizione del » cuore trovata nel cadavere del feto. »

Quella incinta però dietro mio invito fu veduta gentilmente dall' egregio Sig. Dott. Luigi Monti pro-dissettore del Gabinetto di Anatomia umana della nostra Università, il quale verificò il fatto, quantunque la donna avesse avuto dopo la visita del mattino dolori e contrazioni uterine per quasi due ore, e la testa in conseguenza si fosse alquanto abbassata. Ecco le misure, che prese egli stesso: dall' orlo del pube all' ombellico centimetri 22, dallo stesso punto all' area cardiaca centim. 24, e al fondo dell' utero, essendo accostato al feto, centim. 40; il vertice era disceso dall' orlo superiore del pube circa centim. 1. Quella donna partorì 9 giorni dopo, verificandosi la presentazione del vertice.

Ma proseguendo ad esaminare le altre donne incinte della Maternità nei giorni successivi, se ne trovò un' altra (N. progr.° 56), nella quale si verificò la stessa cosa, e questa fu visitata anche dal Ch.mo Sig. Prof. Fabbri.

Sopra 6 donne adunque incinte nel 9.° mese se ne trovarono 2, che infirmano il precetto in discorso; e unendo queste 6 alle altre 13, sopra 19 gravide (trascurando il caso di presentazione delle natiche) 6 volte si è verificata la detta eccezione; numero sufficiente ad infirmare la regola, non credendo col Massarenti, che a tal fine occorra un numero di eccezioni superiore alla metà.

D' altronde l' insegnamento in discorso non è professato da gli tutti ostetrici colla sicurezza, di cui parla il Massarenti. Vediamolo: Egli lo dice « confermato dalle prime celebrità ostetriche, le » quali tutte onninamente concordano nell'ammet- » tere la suindicata coincidenza »; e in altro luogo del suo articolo « che è ammesso da tutti gli oste- » trici, che dalla scoperta dell' ascoltazione in poi » trattarono di questo argomento. »

Io invece trovo, che quantunque troppo generalmente ammesso, pure vi sono autori, che vi mossero contro qualche dubbio. Eccone alcuni, che la mia limitata erudizione mi permette intanto di citare.

Il Joulin dice: « In due casi (di presentazione » del capo) l' altezza dell' area cardiaca mi aveva » fatto diagnosticare, ad un' epoca vicina al par- » to, di presentazione pelvica. Al principio del » travaglio, e prima della rottura delle membra- » ne, la sede del doppio battito si abbassò di tanto » al disotto dell'ombellico, da credere ad una tras- » formazione completa della presentazione, se gli » altri segni non fossero venuti a distruggere il » mio errore » (1). — Il Braun scrive: « L'ascolta- » zione non ci lascia conchiudere nulla sulla esi- » stenza di una presentazione pelvica, nè ci dà » differenza alcuna tra questa ed una presenta- » zione cefalica » (2). — Il Depaul nella ricerca del'a presentazione mediante l'ascoltazione rigetta il confronto dell' ombellico della donna, come vedremo. — Il Massarenti stesso, dopo tanta sicurezza, ammette delle eccezioni, che possono essere numerose, e sono per me una concessione importante; giacchè se la palpazione ed il riscontro interno non ci mettono in chiaro i cambiati rapporti del feto nell' utero, dei quali parla (il che può darsi), l' ascoltazione, seguendo i trattatisti di ostetricia, potrebbe in essi appunto condurre non di rado in errore.

Ma le circostanze accennate non sono le sole, perchè anche senza di esse, trovandosi il feto collocato longitudinalmente nell' utero, sia col capo in basso o colle natiche, il solo fatto della *posizione della cicatrice ombellicale* della incinta può trarre in inganno; essendosi questo punto variabilissimo preso dagli Autori per confronto coll' area cardiaca fetale. Nello specchio 1.° del citato mio lavoro si osserva, che sopra 12 incinte l'ombellico è distante dall' orlo superiore del pube da centim. 15 a 22. Posto ciò, si abbia una presentazione delle natiche (ammesso che il battito cardiaco si trovi alla metà dell' ovoide fetale), sia pure che desse non siano per nulla impegnate, sieno anche scostate dall' orlo del distretto superiore, ma vi sia nella donna l' ombellico alto, e noi potremo avere il massimo di intensità del cuore fetale al disotto di esso, tanto più se il feto non è a termine. Si abbia invece una presentazione del vertice, e desso pure non sia impegnato, se l' ombellico della donna è basso, si intende subito, come l' area cardiaca possa trovarsi al disopra della cicatrice ombellicale della madre, tanto più se il feto fosse sviluppato.

Ma oltre alla posizione dell' ombellico, accennai nella mia Memoria all' essere ritenuta la testa del feto in alto o per volume grande della medesima, o per disposizione particolare della parte inferiore dell' utero, o per ristrettezza anche lieve e non avvertita della pelvi. Accennai alla piccolezza del feto, che porta in basso naturalmente l' area cardiaca fetale, tanto in pre-

(1) Traité complet d' accouchements. Paris 1867, p. 428.

(2) Trattato di ostetricia. Traduzione italiana. Napoli 1869, parte 1.ª, pag. 236.

Digitized by Google

sentazione del capo che delle natiche, quanto meno la gravidanza, anche nonimestre, è avanzata; come le natiche possano abbassarsi più del solito, massime se le coscie del feto sieno applicate dicontro al ventre; e finalmente aggiungo, che possono riunirsi varie di queste cause, le quali, come possono per caso elidersi in tutto od in parte, così possono unendosi aumentare l'errore.

Ho poi veduto di recente con piacere il Depaul (1), quantunque ammetta che nelle presentazioni del vertice il cuore del feto si ode più in basso che in quella delle natiche, rigettare il paragone dell' ombellico, dividendo l' utero in 4 quadranti, e non l' addome, con 2 linee immaginarie, una verticale, l' altra orizzontale. Egli dice infatti « Ainsi, faire passer la ligne horizon» tale par la cicatrice ombilicale; au lieu de la » placer à une hauteur différente selon le dève» loppement de l' utérus, c' est s' exposer à pren» dre une présentation du siége pour une présen» tation de la tête. C' est oublier, que l' ombilic » n' occupe pas la même hauteur chez le diffé» rents individus, même quand l' utérus n' a subi » aucun développement. »

E così io avrei già dimostrato maggiormente il mio assunto anche con autorevoli citazioni.

Prima però di por termine a questo scritto, fa d' uopo che io risponda ad alcune obbiezioni dei Massarenti. Egli suppone primieramente, che quando io misuro l'altezza, cui giunge il feto nell'utero, non avvicini il fondo di esso all' ovoide fetale corrispondente, e possano correre fra l'uno e l' altro fino a centim. 7. Si assicuri, che ciò non mi è avvenuto, perchè volendo appunto misurare l'altezza, cui giungeva il feto, per osservare a quale dei due estremi dell' ovoide fetale era più vicina l' area cardiaca, accostava (come è naturale) il fondo uterino al feto con una mano posta di coltello in tale regione. Anzi se vi era obbliquità uterina, o inclinazione del feto nell' utero, cercava di correggere l' una o l'altra, per ottenere la vera misura dell' altezza dell' ovoide fetale.

E così esplorando il segmento inferiore dell' utero, lo accostava alla parte presentata, se vi era bisogno, come è notato nello specchio 1.° unito alla Memoria; che se nel contesto di essa ciò non fosse espresso chiaramente, quello che ne ho detto ora serva a scansare ogni equivoco.

Mi chiede ancora il Massarenti, come io abbia proceduto per stabilire l' ubicazione del cuore nel cadavere del neonato; al che soddisfaccio subito dicendogli, che seguo la pratica del chiarissimo Sig. Prof. Concato per indicare mediante gli aghi la estensione e la forma dei visceri, diagnosticate colla percussione prima di aprire il cadavere. Collocato debitamente il feto, che non abbia respirato, e il di cui capo non sia stato alterato nel parto, e meno poi da operazioni ostetriche, ho impiantato un ago lungo e sottile nella regione cardiaca fra la 3.ª e 4.ª costola a sinistra del petto; ho scoperto quindi il cuore sopra e sotto l'ago stesso, sicchè è rimasto come un ponte, ove era impiantato l' ago. Così il cuore certamente non rimane spostato in alcun modo; quindi col compasso di Boudeloque ho preso, colle dovute avvertenze, la distanza dal centro del cuore al vertice, e da questo alle natiche.

Ecco una di tali osservazioni fatte in mia presenza dall' assistente Dott. Fabbri, il 18 Gennaio di quest' anno. « Aperto il torace, il dia» framma a destra giunge colla sua parte spor» gente a metà della 4.ª costola, la punta del cuore » giunge al 5.° spazio intercostale a sinistra; dal » vertice al centro del cuore il compasso misura » centimetri 16, 5, e da esso alla natica sinistra » centimetri 14. »

Convengo però, che le osservazioni da me fatte in proposito sono scarse, anche perchè volli farle finora sopra feti, che non avessero respirato; che quindi è necessario di repplicarle. Ma ancorche il loro risultato non concordasse pienamente col fatto clinico, non potrebbe distruggerlo, impegnando bensì di trovarne la spiegazione.

Alla mia volta poi avrei a ridire alcunchè intorno alla forma, che in modo assoluto il Massarenti attribuisce all' utero inoltrato in gravidanza, e cioè piriforme, in causa della quale disposizione spiegherebbe, come le natiche *rivolte* in basso non possano discendere tanto quanto lo può la testa. Ed invero gli autori di ostetricia in generale riconoscono in esso la forma ovale. Veggasi quanto dicono in proposito fra gli altri il Joulin (1), Naegele e Grenser (2). Spesso poi il suo diametro obbliquo od il trasverso superano il verticale, come nelle obbliquità marcate del feto; per cui può dirsi, che se il feto si adatta alla cavità dell'utero, anch' essa si adatta e si foggia sul corpo del feto.

Che se è eccepibile l' argomento della figura piriforme dell' utero, ammessa in modo troppo assoluto dal Massarenti, tanto più lo sarà l'esperimento fatto nell' utero artificiale.

Chiuderò quindi questo mio scritto, dichiarando di ritenere, che se la palpazione e il riscontro interno non bastano sempre alla diagnosi delle presentazioni del feto (il che è indubitato), allora l' ascoltazione non ha più un valore subordinato,

(1) Dictionnaire enciclopédique des Sciences médicales Paris. Tom. 8.°, pag. 327.

(1) Opera citata, pag. 328.

(2) Traité pratique de l' art des accouchements. Paris 1869, pag. 82. « La cavité, qui est originairement trian» gulaire, s' arrondit d' abord, et finit par devenir complé» tement ovale. »

Digitized by Google

ma assai più importante. Del qual parere fra gli altri è il Depaul, la cui sentenza, emessa nel 1867, è diametralmente opposta a quella dello Skoda del 1854, citata dal Massarenti. Dopo avere infatti ammesso il Depaul, che vi sono dei casi, nei quali sono impotenti i mezzi generalmente impiegati per scoprire la presentazione del feto, e che mediante l' ascoltazione vi si può arrivare, aggiunge (pag. 320) « Aujourd' hui l'op» position des premiers temps a disparu, et tous » ceux qui se sont serieusement occupés de la » nouvelle méthode, sont à peu près aussi con» vaincus que moi. »

Bologna 31 Ottobre 1870.

RIVISTA DI GIORNALI E DI OPERE

Bohn. — *Le malattie nervose dei bambini.* — Traduzione dai Jahrbüch. f. Kinderheilkunde und physische Erziehung, III Jahrg., I Heft, 1869, del Dott. P. Celoni (1).

Una storia imbrogliata racconta il Dottor Steinrück (presso Ebert, l. c.). La parte principale consiste in questo, » che un bambino scrofoloso, di 3 anni, stato raramente sano, » ammalò di febbre, divenne soporoso, apparentemente senza » conoscenza, con respirazione sospirosa, pupille torpide, in » breve presentò i sintomi di una malattia cerebrale, e pron» tamente deperì. Quindi si notò una debolezza a guisa di » paralisi delle estremità sinistre, e contrazioni convulse nelle » medesime; più tardi uno spasmo dei muscoli del collo, » che faceva volgere il capo da una spalla all'altra. Mentre » diminuiva la intensità di questi fenomeni, lo spasmus nu» tans prese il sopravvento. — Le convulsioni e le paralisi » cederono infine lentamente, ma completamente; pure il » bambino rimase in un basso grado di sviluppo intellettuale, » e soffrì di evacuazioni involontarie dell'alvo e della vescica.

Da un caso parimente non chiaro di Faber (Ebert, l. c.) si rileva solo che « una bambina di tre anni con *nutatio* » *spastica* divenne più tardi epilettica (o lo era, provenendo » da una famiglia molto disposta alle neuropatie), e che de» gli accessi epilettici alternavano collo spasmus nutans ».

Egli è chiaro, che un tale spasmo in questa serie di osservazioni non è da valutare altrimenti che come un sintoma isolato, e perfino di secondo ordine, di differenti gravi affezioni cerebrali, che si sottraggono ad ogni analisi. Una corta osservazione in proprio non può disgraziatamente rischiarare questi enigmatici fenomeni.

« Giovanna D., di un anno e mezzo, figlia di un capi» tano di un bastimento di fiume, in complesso ben nutrita; » esistono 12 denti. La bambina aveva sofferto da quasi 4 » settimane di una mediocre diarrea; frattanto si reggeva » sempre in piedi, e si manteneva ben disposta di spirito, » per cui i genitori non se ne presero alcun pensiero, ri» tenendo cagione di ciò i denti canini tuttora mancanti. Il » 7 Aprile 1869 apparve loro la bambina generalmente am» malata, per cui il dì appresso la condussero da un medico, » quale prescrisse 1 grammo di acido muriatic. diluito in 90 » grammi mucil. salep. e 50 grammi syrup., con l'aggiunta » di 10 gocce tinctura opii. Questa mistura, quasi consu» mata verso la sera del 9 Aprile, aveva nel corso del » giorno fatto cessare la diarrea, ma nello stato generale » della bambina erasi verificato un notevole peggioramento. » Dopo una notte inquieta io la trovai la mattina del 10 » Aprile nello stato seguente:

» Giace con occhi semichiusi sulle ginocchia della madre, » spesso gemendo e mandando di tratto in tratto un grido » di dolore. La conoscenza sembra turbata; anco la madre » non può rilevare niente dalla bambina, senza questo assai » intelligente. La pelle ha la ordinaria temperatura e colore, » la faccia e il capo non sono nè caldi nè turgescenti, il » polso conta circa 120 battute, il respiro non offre niente » di particolare. Il basso-ventre è naturalmente conformato, » sembra un poco sensibile alla pressione, e i suoi muscoli » ne divengono tesi. Il vomito mancò fino a qui; alvo chiuso » da 14 ore. Pupille inalterate; in nessun punto un accenno » di crampo o di paralisi. Gli organi del petto e del ventre » danno risultati negativi. Il palato, nel punto degli attesi » denti canini, in niuna maniera abnorme.

» Io non potei altrimenti rendermi conto dello stato della » bambina che come la conseguenza di un consumo troppo » rapido e abbondante di oppio. Non fu possibile mettere » in chiaro, se i sintomi significativi di un avvelenamento per » oppio si fossero presentati nella scorsa sera o nella notte » precedente. Presentemente parve trattarsi dei residui della » narcosi. — Clistere, bagno di camomilla, posche fredde, » brodo, caffè. La deglutizione non era impedita; i clisteri » ebbero poco effetto. Nelle ore pomeridiane lo stato si rese » peggiore, e la sera trovai la bambina soporosa, senza che » negli altri fenomeni fosse insorto alcun cambiamento. Dopo » una sottrazione sanguigna dietro gli orecchi tornò un poco » in sè, e passò la notte inquieta.

» L' 11 Aprile di mattina. La bambina sen giace assopita; » gli occhi se ne stanno aperti, con bulbi fissi ed immobili negli » angoli destri dell'occhio, ed hanno uno sguardo fisso e come » di meraviglia; pupille dilatate, prese da spontanee deboli » oscillazioni; si può con l'apice del dito giungere fino » sulla cornea senza che ne avvenga reazione. *La bambina* » *non vede niente.* Continui moti di masticazione, con bian» ca spuma alla bocca. Polso 120, respiro poco aumen» tato. Ventre sempre prominente e molle. Pelle di tempe» ratura normale.

» Così se ne sta la bambina fino al pomeriggio, quando » il padre mi viene inviato col lieto annnunzio ch' era tor» nata in sè, e che perfino aveva cominciato a giuocare. Ma » poco dopo la sua partenza riconosce la madre il suo in» ganno: *il sopore ha dato luogo a una particolare ecci-*

(1) Continuazione del lavoro che trovasi nel fasc. 12.° della *Rivista Clinica* 1869, il quale per errore tipografico fu troncato a metà dell' articolo intitolato **spasmus nutans.**

Digitized by Google

» *tazione*. Poi che io giunsi presso la bambina, la trovai in » decubito supino, con palpebre semiaperte ed occhi fissi; » continuamente agitava su e giù le braccia, e oltre a » ciò fletteva il capo, mandando col medesimo ritmo delle » voci leggiere a guisa di canto. La scena faceva la impres» sione, come quando una madre cerca sulle sue braccie di » addormentare il bambino cullandolo o cantando; quella » aveva in principio ingannato con lieta sorpresa la madre » della nostra piccola malata; con un migliore esame nota» vasi un meraviglioso contrasto fra l'apparente ilarità e la » fisonomia fredda, senza espressione, e il non dubbio stato » di non conoscenza. I movimenti descritti delle braccia e del » capo, che durarono più ore nella medesima posizione del » corpo, furono di tanto in tanto interrotti da scosse clo» niche e rigidità tonica di tutto il corpo.

» Con alcune cucchiaiate da caffè di syrupus morphii, am» ministrate ogni mezz'ora, sopravvenne dapprima una di» minuzione delle convulsioni, e quindi un sonno tranquillo » per più ore.

» 12 Aprile. Decubito supino tranquillo, palpebre aperte, » i bulbi scorrono senza scopo qua e là, pupille dilatate, la » conjunctiva palpebr. et scler. dell'occhio sinistro iniettata. » Nel mattino segni del ritorno della conoscenza; la bam» bina sembra riconoscere la madre dalla voce, e piange alla » domanda, se possa vedere. Imboccandola, prende l'offertole » nutrimento. Dietro nuove dosi di syr. morphii la bambi» na dorme di giorno a intervalli, e quasi l'intiera notte » successiva.

» Il 13 Aprile la bambina vede di nuovo, riconosce la » madre, e rallegrasi delle figure che stanno sul suo letto. Le » pupille sono tornate alla loro normale ampiezza. Ha appe» tito, ed ha avuto alcune evacuazioni fluide. La bambina è » indebolita e di cattivo umore.

» Il ristabilimento procede lentamente: dopo alcuni giorni » i genitori insieme con la bambina lasciano la città. »

Io credo adesso, dopo il decorso della malattia, così importante a notarsi, di dovere ammettere una meningite della base del cervello come suo sub-strato anatomico. In favore di ciò sta il sopore lentamente sviluppatosi, alternante con forte eccitazione, ed una serie di sintomi che provengono dai nervi decorrenti alla base del cervello, - i continui movimenti di masticazione dal quintus, - l'amaurosi dall'opticus, - il crampo tonico degli interni dall'oculo-motorius. A cagione della vicinanza del punto di origine dello accessorius Willisii (11.° paio) furono allora eccitati convulsamente gli sterno-cleido-mastoidei efficienti lo spasmus nutans, e per un estendersi più profondamente dello stimolo furono coaffetti anco i muscoli dell'estremità superiori.

Egli è affatto probabile, che la brusca soppressione della diarrea, che durava da 4 settimane, unitamente alla congestione, che produsse l'abbondante amministrazione d'oppio, ponesse in iscena quel particolare quadro morboso. E s'intende l'utilità del syrupus morphii, se si ricorda che sono state lodate contro la meningite le piccole dosi di morfina.

Spasmus facialis.

(recidivo dopo un anno)

« Anna G. d'anni 4 ½, bene sviluppata e sana, fatta » astrazione da alcuni fenomeni scrofolosi di poco momento.

» Il 30 Giugno 1867 le dolse il capo, e dormì sulle gi» nocchia della madre; nei giorni seguenti ella era ilare, » ma senza appetito.

Il 5 Luglio furono notate le prime convulsioni della fac» cia. La metà destra della faccia è presa da moti convulsi » per un paio di minuti, durante i quali la bocca e la punta » del naso vengono stirati verso destra. Gli occhi stanno » aperti; dalla bocca un poco aperta fluisce della saliva. La » lingua, rivolta verso destra, è presa pure da moti con» vulsi. La bambina può durante l'accesso aprire ampiamen» te la bocca, e trar fuori la lingua muoventesi convulsamen» te. Nè avanti nè dopo l'accesso viene percepito dolore. La » conoscenza rimane conservata. Tali accessi avvengano 10-12 » volte di giorno, frequenti e più prolungati nelle ore po» meridiane che in quelle antimeridiane. Anco di notte fu » una volta svegliata da un accesso. Non esiste una causa » occasionale esterna dei medesimi.

» Negli intervalli la bambina si mostra gaia, sebbene senza » appetito. Lingua non patinosa, evacuazioni normali; si la» gna però di dolore al capo e allo stomaco, pure non sem» bra che ciò sia gran fatto. La guancia destra è perma» nentemente un poco tumefatta, e la loquela notevolmente » lenta e un poco impedita, inintelligibile. Sudori notturni. » Io noto espressamente l'assenza di tumefazione *di gian*» dole linfatiche alla mascella e al collo, e l'integrità della » cavità buccale.

» Dopo un vescicante, applicato dietro l'orecchio destro » il 7 Luglio, è cresciuto il numero dei quotidiani accessi.

» Il 12 Luglio io prescrissi ossido bianco di zinco ed e» stratto di giusquiamo ana 1 ½ centigr. ad ogni presa, » quattro volte al giorno.

» *Dopo la prima dose comparve ancora un accesso,* » *quindi nessun altro;* pure furono consumati in summa » in 4 giorni ossido di zinco ed estr. di josciamo ana 24 » centigr. La bambina riebbe tosto la sua gaiezza e un buono » appetito, solo la loquela rimase un paio di giorni torpida, » stentata e indistinta.

» Nove mesi dipoi, nell'Aprile 1868, avendo la bambina » 5 ½ anni, ebbe luogo una recidiva, una settimana dopo » il decorso di un leggerissimo morbillo.

» Il 24 Aprile 3 accessi, il primo della durata, dicesi, di » ¼ d'ora.

» Il 25 Aprile 6 accessi di corta durata.

» Dal 26 Aprile di mattima in poi zinc. oxyd. alb., extr. » hyoscyami ana 1 ½ centigr., 4 dosi al giorno.

» In questo giorno più accessi.

» Il 27 molti accessi, ma sempre fugaci. Essa sente il » loro avvicinarsi, corre dalla madre e l'abbraccia stretta» mente, ed ha durante ciò una fisonomia in modo partico» lare *lieta* (risus sardonicus). Ad eccezione della fronte, » la metà intiera della faccia a destra è presa dalle convul» sioni, e si odono i denti batter fra loro. Anco questa volta » la guancia destra è più grossa della sinistra.

Digitized by Google

» Poichè il 28 e 29 Aprile non erano cessati i parossismi (erano già stati presi di ambedue i medicamenti circa 24 centig.), il 30 fu raddoppiata ciascuna dose (ana 3 centigr.), e tosto non fu più osservato alcuno accesso.

» Da principio fino alla fine di questa recidiva fu accusato un dolore alla metà destra del capo e della faccia, ma solo dimandandolo.

» Fino a qui non è accaduta alcuna recidiva, la bambina gode la miglior salute ».

Henoch rammenta (Beiträge z. Kinderheilk., N. F., S. 104) due casi, nei quali lo spasmo del n. facialis « indubitatamente era di natura reflessa ». In una bambina scrofolosa di 7 anni lo si osservò bilaterale. Le convulsioni prolungate dei muscoli della faccia, persistenti in grado mediocre anco durante il sonno, accompagnavano in questo caso una violenta blepharadenitis congiunta a catarro della congiuntiva, la quale già ripetutamente si era affacciata, e ciascuna volta aveva eccitato tosto uno spasmo riflesso. Unzioni con ung. cin. (15 gram.) ed oppio (30 centigr.) fecero quasi scomparire in 11 giorni la infiammazione oculare, lo spasmo poi affatto. — In un ragazzetto di 8 anni, cui dopo una keratitis era rimasto un opacamento centrale della cornea sinistra, si mostrò da questa parte lo spasmo della faccia.

Spasmi nel distretto dei muscoli dell'occhio.

Costituiscono nell'età infantile il gruppo più esteso; i differenti muscoli, che presiedono al bulbo, vengono per le più svariate cagioni spasticamente eccitati, con o senza partecipazione dei muscoli della faccia. Se lasciamo da parte le affezioni centrali, fra le quali la meningite della base e della convessità ci forniscono il più fertile terreno, appariscono i moti convulsi dei sei muscoli oculari, a forma clonica o tonica, come gli ordinari precursori o compagni di quasi tutte le convulsioni generali e delle più numerose parziali, qualunque origine quelle si abbiano. Indipendenti ed isolate, si associano affatto comunemente alle violenti enteralgie dei piccoli bambini, e sopravvengono transitoriamente alla invasione di malattie acute febbrili.

Egli è probabile che il pronunziato difetto di sostenere e dirigere lo sguardo nel primo periodo della vita dia luogo così facilmente alla turbata innervazione di questo gruppo muscolare.

Il *blepharospasmus*, lo spasmo tonico dell'orbicularis, un costante compagno della fotofobia, è devoluto, come la sua cagione, la scrofolosi, prevalentemente all'età, di cui è qui questione.

Lo spasmo clonico dell'orbicularis palpebrarum, il morboso batter gli occhi, *nictitatio*, una rapida alternativa tra il chiuder e l'aprire le palpebre, con prevalenza del primo, osservasi quale fenomeno riflesso perfino in seguito di leggieri stimoli della congiuntiva, e si associa frequentemente ad altre convulsioni dell'occhio, e così al *nystagmus*. La nictitatio si osserva spesso quale moto convulso di associazione in quei bambini, che hanno da combattere con la loro musculatura, che presiede all'articolazione dei suoni, specialmente allorchè essi di buon ora vengono intrattenuti con la pronunzia modello delle più difficili consuonanti e degli addolcimenti e dittonghi.

Il *nystagmus* osservasi il più spesso nei muscoli retti antagonisti dell'occhio, e si presenta come una oscillazione in qua e là, tremolio del globo dell'occhio e nei muscoli obliqui, con una rotazione più o meno estesa. Ora è la conseguenza di malattie congenite oculari (cateratte capsulari o stratificate), ora è occasionato dai residui di violenti oftalmie (opacamenti dei mezzi refrangenti), e data spessissimo la sua origine dalla più fresca gioventù. L'essere esso ereditario o congenito (Böhm) viene contraddetto dalle più recenti pubblicazioni. Inoltre il *nystagmus* accompagna sovente la meningite basilare, o si associa alla chorea, epilepsia e nictitatio.

Interessanti sono due osservazioni di C. Gerhardt, nelle quali il nystagmus solo, o unitamente allo strabismus convergens, trovossi nel complesso sintomatico della trombosi marastica del seno, del resto però quale unico fenomeno convulsivo. —

Spasmus glottidis

La strettezza della infantile glottis respiratoria favorisce a che si verifichi questo spasmo.

I deboli e i debolissimi gradi del medesimo, delle inspirazioni poco sonore ma distintamente fischianti, oltremodo fugaci, si osservano in molti bambini sani della più tenera età, come risuonanza del forte grido, del grido di gioia, alla fine di una evacuazione alvina un po' faticosa. La glottide, che per qualunque atto di espirazione sonora, come pure per le contrazioni delle pareti abdominali, si ristringe nel modo normale, non viene abbastanza dilatata alla prima violenta inspirazione, da permettere il passaggio dell'aria senza rumore. D'onde questo ritardo all'aprirsi? Sembra che la flussione, che in quegli atti dirigesi verso la laringe, la semplice iperemia, basti a dar luogo ad uno spasmo d'altronde prontamente dileguantesi. Madri, che hanno perduto un bambino per spasmo della glottide, temono questo accenno; frattanto egli è appena da riguardare come patologico, ma piuttosto semplicemente la espressione della eccitabilità reflessa tuttora potente in vari bambini; esso non soffre più alcun aumento continuando lo stato di salute, e sparisce senza tracce nei mesi posteriori del primo anno di vita.

Qualunque *stimolo della muccosa laringea*, specialmente se sopravviene ad un tratto, può occasionare un crampo della glottide. Così egli è il compagno di corpi estranei penetrativi, di *catarri laringei* semplici ma violenti; e dei crampi della glottide sono la cagione degli accessi di soffocazione, che manifestansi nella *ipertosse* e nei più alti gradi del *pseudocroup* (laringitis spasmodica).

Parimenti come sintoma, fra la serie di altri fenomeni, viene percepito il suono simile al grido dei corvi (tonus crociens) dello spasm. glottidis nella *tubercolosi delle glandole bronchiali*, tostochè per queste il vagus o il recurrens vengono affetti, e ne succede paralisi delle corde vocali. Il crampo della glottide mostra in questa malattia la particolarità, che esso, una volta annunziatosi, chiude bruscamente ogni inspirazione, e che non sono necessari alla sua produzione delle forti inspirazioni. Lo si ode, mentre i bambini se ne giacciono abbattuti e spossati.

Infine il crampo della glottide presentasi come *neurosi* indipendente, e tanto più può essere pericolosa, quanto più

Digitized by Google

spesso e ripetutamente si verifica. Si sviluppa sempre sopra un fondo anemico, sia il medesimo cagionato, come tanto spesso nei primi anni, della rachitis, o più tardi da un meschino nutrimento, o dalla combinazione di altri momenti insalubri.

Singultus

Un'analogia con quel crampo delle corde vocali non pericoloso, che tiene ad una transitoria iperemia, di cui brevemente fu già parlato, ha quel singhiozzo, che per settimane e mesi perseguita tanti lattanti nei primi giorni di vita. Certemente sono spesso dei catarri gastrici e stomacoli gli eccitatori di esso per via riflessa; però assai spesso esiste una completa integrità del tubo intestinale, e lo spasmo del diaframma, di più o meno lunga durata, regolarmente si associa solo all'atto del poppare, per cui non può essere che l'eccitamento iperemico dello oesophagus o dello stomaco, occasionato dalla ingestione degli alimenti, il quale lo provoca. Frattanto noi osserviamo negli adulti, che il semplice stimolo meccanico delle vie digestive, l'ingestione di sostanze dure o compatte, poco masticate (per esempio pane, frutta), è spesso seguito da singhiozzo.

Il nitrato di argento (con oppio) vince insieme coi catarri anche il singhiozzo, e mostrasi (senza aggiunta d'oppio) utile anco nel secondo caso, quando mai la intensità del singhiozzo richiedesse un intervento terapeutico.

Tetanus et Trismus

Questa malattia s'incontra così poco raramente nella nostra costa (costa del Baltico) fra i neonati, che mi si presentò in 10 anni 13 volte; 6 casi si riferivano tutti ad un anno. Fra i malati trovavansi 10 bambini, 1 bambina; di due manca la nozione del sesso.

Questo tetano giammai decorre senza il trisma; ma piuttosto io ho osservato casi di semplice trisma, uno spasmo limitato ai masseteri e ai temporali.

Io conto sui 13 malati 2 casi di guarigione, che si distinsero sia per il tardo insorgere dello spasmo, sia per il lento decorso della malattia. Poichè mentre il tetano generalmente irruppe fra il 5.° e 7.° giorno di vita, ed uccise in 2 casi in 24 ore, incominciarono ambedue quegli altri casi al 10.°, risp. al 12.° giorno dopo il parto, e solo al 25.° non si notò più in essi bambini alcuna traccia della malattia. Frattanto non sta nel più tardo insorgere della malattia alcuna garanzia di un esito felice; anco un terzo, caso, che incominciò al 10.°, fu al 13.° letale.

La etiologia del tetano, che indubitatamente è il nodo di ogni ricerca attorno ad una malattia terapeuticamente disperata, è statamessa da A. Vogel su una strada falsa e pericolosa, quando il medesimo proclama la opinione (proveniente da Schöller), che le cagioni del tetano stieno sempre nel processo di cicatrizzazione o d'impiagamento dell'ombellico, come un categorico principio di fede. Io non voglio ripetere i fatti, coi quali altri autori hanno mostrato la erroneità di questa opinione; al contrario mi contento di dichiarare la pretesa A. Vogel: « Il tetano verificarsi solo dal 1.° al 5.° giorno dopo la caduta del funicolo ombelicale, *giammai prima o dopo* » come in contraddizione colle mie osservazioni; il tetano può insogere anco a funicolo tuttora aderente.

D'altra parte dei fatti meravigliosi (1) hanno recentemente nella nostra vicina città di Elbing apportato una chiara luce in questo oscuro terreno. Con una cifra di 27,000 abitanti si presentarono nel detto luogo in 2 anni 37 casi di tetano, verificati da medici, i quali tutti ebbero luogo nell'esercizio di una levatrice, e questa ostetrica aveva notato nel suo giornale degli anni 1864 e 65 su 380 parti nientemeno che 99 casi di morte per trisma, per cui le era morto per questa malattia il 3° e fino il 4.° dei bambini. Altre levatrici, parimente con moltissima clientela, nel medesimo spazio di tempo non lo avevano osservato che eccezionalmente. Nei 37 casi controllati da medici non era stato notato niente di abnorme all'ombellico. Solo dopo lunghe ed inutili fatiche per spiegare quel fatto ostensibile e sorprendente, si venne casualmente a scuoprire, che dipendeva dalle mani della levatrice in questione il giusto apprezzamento della temperatura dell'acqua da bagno, onde ella in causa di ciò bagnava i bambini in acqua troppo calda, come mostrò un saggio, cioè alla temp. di 31-35.° R.

Se poniamo accanto a questo fatto la particolare distribuzione geografica della malattia, più la sua endemicità in molte maternità ecc., conviene riguardare come il momento etiologico il più importante la *irritazione dei nervi cutanei sensibili della superficie del corpo*, la quale per via riflessa provoca il crampo muscolare generale. La irritazione può essere occasionata dalla impressione di un forte freddo, da una forte corrente d'aria, da intenso calore sulla sensibile pelle dei neonati, come pure da una aria pregna di vapori (stanze delle puerpere, capanne affumicate degli Islandesi); ed io mi ricordo di una supposizione avanzata (da Billard o Gerhardt?), che la esfoliazione della epidermide possa non essere indifferente sullo sviluppo del tetano.

Naturalmente questo può insorgere da un ombellico maltrattato, nella stessa maniera per cui talora è insorto per la circoncisione.

Ma conviene riguardare come pericoloso un assioma, che incatena la nostra attenzione in una così perniciosa malattia ad un locale processo innocente, e che lascia passar di vista il reale pericolo, che, sovrastandoci, deve sollecitare le nostre cure per il bambino.

« Un trisma in seguito di una ustione lo acquistò una » bambina di 5 anni al 10.° giorno dopo quella. La ustione » era stata causata da una zuppa di latte bollente, ed esten- » devasi alla più gran parte della metà sinistra del corpo, » avendo operato un'abbondante formazione di vescicole. » Oltre i muscoli masticatori presero parte ai crampi tonici » anche i muscoli del collo di sinistra. Una pneumonia dop- » pio complicò il trisma, che cessò in 48 ore con la morte ».

Convulsioni.

Le convulsioni cloniche e toniche, parziali od estese alla più gran parte dei muscoli volontari, hanno la più svariata origine. Esse sono 1) i sintomi di malattie cerebrali e spinali; 2) vengono causate dall'assorbimento d'intensi veleni, fra i quali nei bambini i vegetali vengono prevalentemente

(1) Keber. Monatsschrift f. Geburtsk. etc. 1868.

Digitized by Google

in questione; esse sono 3) l'attributo del completo accesso epilettico; e possono 4) essere occasionate dalla rachitis. In questo caso alcune alterazioni intracraniensi (idropisie, iperemie cerebrali) costituiscono sempre l'anello di congiunzione fra la rachitis e le convulsioni, ed accessi febbrili intercorrenti, che aumentano la stasi sanguigna nel cranio, vi danno ordinariamente l'ultimo impulso. Del resto non vengono osservati degli accessi convulsivi in bambini rachitici così frequentemente come si ritiene.

Un gruppo di molta importanza formano 5) le convulsioni in principio e nel decorso di malattie febbrili.

Nel typhus questi disturbi della motilità sono rari e propri di casi gravi. In 275 casi E. Friedrich (1) li osservò 5 volte. Una volta in un bambino di 2 ¼ anni nei primi giorni di malattia, che finì al settimo col sopore e la morte. Negli altri 4 casi, che afflissero bambini da 1-11 anni, comparvero le convulsioni in modo passeggiero nel decorso della malattia, e sempre poco tempo ante mortem.

Più frequenti, e di prognosi molto più favorevole, sono le convulsioni dello stadio d'invasione della febbre del vaiuolo e della rosolia. Sydenam le ritenne nel vaiuolo quasi come patognomoniche, ed insieme come senza pericolo, nel quale ultimo riguardo altri osservatori pretendono il contrario (Borsieri, Trousseau). In principio dei morbilli le convulsioni per una sola volta non hanno ordinariamente alcuna importanza, per cui Trousseau ammonisce contro ogni tumulto terapeutico; frattanto esse possono divenire pericolose per un pronto ripetersi. Le convulsioni, molto più rare nei primi giorni della scarlattina, appartengono senza eccezione ai peggiori fenomeni, e non fa alcuna differenza che l'esantema sia già comparso o no. In generale precedono la scarlattina emorragica, e quelle forme, che vengono designate come dissoluzione sanguigna scarlattinosa, scarlattina con decorso tifoide (Löeschner). Nelle membrane e nella sostanza cerebrale si trovano costantemente i fenomeni della iperemia senza essudazione inflammatoria.

Fra le molte centinaia di bambini malati di febbre intermittente, che io ho curato, mostrarono 16 (12 bambini e 4 bambine) le convulsioni; 2 casi recidivarono dopo 4 settimane con convulsioni.

5	bambini	erano nel	2	anno di vita
3	»	»	3	»
2	»	»	4	»
2	»	»	5	»
1	bambino	era nel	1	»
1	»	»	6	»
1	»	»	8	»

(Di un bambino non è nota l'età)

Tutti questi casi insieme provenivano da un distretto della città dominato da malaria, e mostraronsi nei singoli anni per lo più a gruppi, di maniera che, oltre la disposizione individuale, non era certo estranea una influenza epidemica.

Le convulsioni cloniche, estese a tutto il corpo, e ripetentisi con accessi svariati, ebbero luogo ordinariamente nello stadio del calore, eccezionalmente durante il freddo; esse accompagnavano quasi sempre il primo parossismo febbrile, solo alcune volte il secondo ed il terzo; il tipo era prevalentemente il terzanario, raramente il quotidiano. In vari bambini era insita una disposizione particolare alle convulsioni, perchè essi già per lo innanzi, in occasione di altre malattie acute, erano andati soggetti a simili accidenti. Due bambine, una di 2 ½ e l'altra di 5 anni, morirono nel primo parossismo in preda a convulsioni quasi incessanti.

Io ritengo possibile una giusta diagnosi già durante il primo parossismo. La immanchevole contemporaneità dei fenomeni febbrili esclude la epilepsia (bisognerebbe altrimenti avere dinanzi a sè la rara coincidenza, da mettersi in chiaro con l'anamnesi, che la invasione della intermittens fosse la causa occasionale dello irrompere di un accesso epilettico). — Molto più facile a verificarsi è, secondo la mia esperienza, di confonderle con una incipiente pneumonia e con la scarlattina, dacchè a tutte e 3 queste malattie può esser comune il principiare con freddo, caldo, vomito e convulsioni. Però in una scarlattina intensa (e solamente quando è tale si complica con convulsioni) il dolore di gola, nonchè i catarri delle mucose, la tumefazione delle glandule submassillari e l'altissima febbre, non mancano all'osservazione. Malgrado ciò una sicura diagnosi non può scaturire che da una scrupolosa disanima di quasi tutti gli altri momenti.

La frequenza di convulsioni iniziali e concomittanti le *inflammazioni di petto* non raggiunge, secondo le mie osservazioni, un'alta cifra; per la *pneumonia* cruposa primaria è appena 1 %.

« In un bambino di 5 mesi, fino allora sano, non ancora » entrato nel periodo della dentizione, aveva incominciato la » pneumonite il primo giorno con caldo e ripetuto vomito; » per tutto il 2.° giorno ebbe dei parossismi convulsivi ri- » petuti, di lunga durata. La epatizzazione localizzavasi in » mediocre estensione del lobo inferiore di destra, e si » risolse.

» Una bambina di 3 anni, bene conformata, ebbe un ac- » cesso convulsivo il primo giorno, nei giorni successivi » febbre, coma, e nessun fenomeno diretto al petto (non » dispnea, non tosse ecc.), di maniera che solo l'esame fi- » sico poteva stabilire l'addensamento del polmone, il quale, » avendo incominciato dal lobo inferiore, infine prese la metà » posteriore di tutti i tre lobi. Decorso tipico.

» Una bambina di 7 anni ebbe un accesso di convulsioni » al 4.° giorno di una pneumonia sinistra; durante l'intiero » decorso, notevole euforia subbiettiva, e fenomeni toracici » irrilevanti, con febbre molto intensa.

» Una bambina di 11 mesi, bene sviluppata, al 1.° e 2.° » giorno di malattia ebbe un accesso convulsivo. Qui esisteva » (l'unica volta) una pneumonia dello apice sinistro, per la » quale localizzazione Rilliet, Barthez, e Ziemssen » reclamavano particolarmente la combinazione con le con- » vulsioni. »

Questi quattro bambini non avevano mai sofferto per lo avanti di accessi convulsivi, e ne rimasero immuni anche successivamente. Degno di nota si è la fine felice, confermata della letteratura, delle malattie accompagnantisi con una così sfavorevole complicazione.

In principio della *pleuritis* avvengono, secondo le opi-

(1) Der Abdominaltyphus der Kinder. 1856.

Digitized by Google

nioni degli scrittori, così frequentemente convulsioni, come nella pneumonia. Eccezionalmente frequenti le vide Henoch (Beiträge II. S. 199), cioè quattro volte su 54 malati, e precisamente solo in bambini di molto tenera età, di 1-2 anni. Io possiedo una sola osservazione, che spettò ad una bambina debole di 5 mesi. La morte avvenne dopo 48 ore, e la sezione dimostrò un copioso essudato.

Degli accessi eclamptici, come sintoma iniziale di *bronchitis*, sono stati osservati isolatamente da Rilliet e Barthez.

Trousseau (1) ha ricercato il motivo particolare delle iniziali convulsioni nelle malattie febbrili. Le medesime possono, secondo la sua opinione, associarsi a qualunque malattia, se la medesima viene iniziata con forte freddo. Il freddo forte da scuotere (horror et rigor) è in sè e per sè stesso una maniera di convulsione, e consiste, per così dire, in una serie di continui accessi eclamptici, nei quali mancano solo i fenomeni cerebrali. L'organismo infantile, a cagione della sua estrema eccitabilità, è molto disposto alla trasformazione di questo freddo iniziale in un *grande* accesso convulsivo.

Contro questa spiegazione delle convulsioni, la quale potrebbe sedurre solo per la sua semplicità, stanno principalmente due fatti; 1) le convulsioni coincidono raramente col freddo, al contrario ordinariamente con lo stadio del calore e del sudore; 2) se il freddo inizia il processo febbrile in bambini (ciò che del resto non è sempre la regola), esso arriva raramente al grado di freddo da scuotere. Siccome poi altri fenomeni per parte del cervello e del midollo sogliono designare il principio di malattie febbrili, così le convulsioni richiedono un'altra spiegazione, che quella proposta dal Trousseau.

Del resto deve *a priori* apparire sconveniente, di voler riportare le convulsioni, di cui è qui questione, ad una sola fonte. Le malattie, onde dipendono, sono di troppo svariata maniera, e i periodi, entro cui esse compaiono, troppo differenti. Perfino nella stessa malattia non sempre un medesimo momento darà luogo all'irrompere delle convulsioni (2).

Nel typhus, intermittens e negli acuti esantemi si è autorizzati a considerare l'azione sul cervello di un sangue qualitativamente alterato come il precipuo agente provocatore, e di paragonare le convulsioni a loro associate con quelle osservate nelle intossicazioni. Ambedue le categorie d'influenze nocive risvegliano anco in altri punti del sistema nervoso dei fenomeni congeneri (per es. nevralgie).

All'incontro nelle semplici infiammazioni, dove non può supporsi un veleno specifico, la cagione delle convulsioni dev'essere generale. Noi la troviamo nel sovrariempirsi di sangue il cervello, e vediamo questa opinione avvalorata dalla circostanza, che sono specialmente le infiammazioni del polmone e della pleura quelle che favoriscono le convulsioni. Nella peritonitis ad es. sono queste quasi sconosciute.

Come eccitatori di convulsioni valgono anco molti altri stati dell'organismo infantile, il cui valore è da porre a calcolo con molta prudenza, e in ogni caso da non esagerare. Tra questi va annoverata in prima linea la *dentizione*, che è stata esageratamente incolpata. Io potei solo una volta riguardarla come la sola cagione immaginabile in un bambino generalmente sano, il quale in più periodi successivi di dentizione, poco avanti lo spuntare dei denti, fu preso da convulsioni. Più spesso trovai, che bambini rachitici divennero eclamptici al tempo dello spuntare dei denti, in essi molto penoso. Ma allora io mi guardai di incolparne la dentizione come tale. Io ebbi già, parlando delle nevralgie, la occasione di notare, come raramente nei bambini il locale stimolo di denti guasti porti dei disturbi in maggiore estensione nel distretto sensibile del quintus, e così sembra che anco lo eccitamento delle fibre sensibili del quinto nella dentizione sia solo eccezionalmente potente abbastanza per risvegliare delle convulsioni generali reflesse.

Io debbo pure ascrivere una influenza di secondo ordine, per lo sviluppo di convulsioni, ai *disturbi del canale intestinale*, malgrado che Trousseau attribuisca gran parte degli stati convulsivi nei bambini a disturbi digestivi di natura leggiera o grave. Se ciò fosse vero, allora dovrebbe la frequenza di quelli essere precisamente così rilevante, come il numero delle affezioni intestinali dei bambini. In ispecie nei catarri intestinali, sì acuti che cronici, non ho giammai osservato convulsioni, e ciò mi ha spesso meravigliato, specialmente in quei casi, che andarono congiunti alle più tremende coliche, — novella prova di *quanto poco il dolore in sè sia proprio ad eccitare delle convulsioni riflesse nei bambini*. Solo in casi di considerevole coprostasi vidi più volte, se la medesima occasionava eccitamento febbrile, delle *fugaci* contrazioni locali o generali. Non potei mai accagionarne la *helminthiasis*.

7) Rimane infine a far menzione di quelle convulsioni, con le quali tante malattie dei bambini decorrono *mortalmente*, e che nelle liste dei decessi vengono ammesse, o forse anco solamente proposte come vera causa mortis. La cagione di queste convulsioni finali è varia, e non di rado mista: anemie cerebrali, versamenti idrocefalici in malattie croniche ed acute, congiunte a forti perdite di umori, avvelenamento per CO^2 nei disturbi della respirazione, con ossidazione sanguigna progressivamente diminuita. Nei casi, dove l'agonia sopraggiunge con rapida elevazione della temperatura, sarà fondato lo irrompere delle convulsioni in questa ultima. Non ha guari Bouchut (1) ha stabilito, i deliri e le convulsioni finali delle affezioni croniche dei bambini, almeno per molti casi, essere come effetti di una *trombosi del seno*. Solamente questa opinione abbisogna di prove più indubitate di quelle che forniscono le due osservazioni del loro promotore. Al contrario in tutti i casi fino a qui pubblicati di pura trombosi marastica del seno (Gerhard, v. Dutch, Huguenin (2)) non sono state osservate nè convulsioni generali, nè parziali, ma sì bene paralisi in gran numero.

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu. I. 143.
(2) Confr. Steiner. Le cagioni dei sintomi cerebrali nella così detta pneumonia cerebrale dei bambini. Iahrb. f. Kinderheilkunde. II. Iahrg. 4 Heft..

(1) Gaz. des Hôpit. 1868. Nr. 441.
(2) Patholog. Beiträge. Zürich 1869.

Digitized by Google

Contrattura.

Io riporto anzitutto alcune osservazioni:

« Una bambina P, di 9 mesi, debole, allevata alla bottiglia, » curata già più volte di catarri intestinali. Adesso spunta » lentamente il primo incisivo inferiore.

» Il 15 Novembre 1859 la madre dice avere osservato » per la prima volta un tremito della mano sinistra.

» Status, il 17 Novembre: Il braccio sinistro, un poco » allontanato dal tronco e portato in avanti, è flesso ad an- » golo ottuso al gomito, l'avanbraccio è in pronazione, l'ar- » ticolazione carpica è flessa e la mano addotta, e quattro » diti sono flessi e il pollice situato accanto a loro. In que- » sto atteggiamento la estremità superiore trema incessante- » mente, e massime con escursioni prevalentemente dirette » all'esterno. La articolazioni flesse si lasciano stendere con » facilità e senza dolore, ma tornano subito nella primiera » contrazione.

» Il giorno seguente incomincia il crampo nella gamba » sinistra, cominciando dal basso. Il piede piegato nel tarso » ha contemporaneamente preso una pronunziata posizione » di valgus, le dita sono estese, il grosso dito allontanato » dagli altri. Piede e gamba si contraggono, parimente con » prevalenza nella direzione dell'adduzione.

» Pochi giorni dopo passa alla coscia sinistra; questa è » violentemente flessa nella articolazione dell'anca e perma- » nentemente girata all'infuori, le ginocchia si trovano in » leggiera flessione.

» Tutti i muscoli flessori interessati, specialmente lo sterno- » cleido-mastoideo sinistro, il biceps ecc. sono visibili e duri » al tatto.

» Sì la contrattura che il tremito mantengonsi, con brevi » interruzioni, giorno e notte, nel sonno come nella veglia, » anzi la madre dichiara le contrazioni durante il sonno es- » sere più violenti, tanto da scuotere il corpo. Dicesi talora » alternare le contrazioni degli arti con quelle del capo.

» Ad onta di tutto questo, alcuni moti volontari delle masse » affette degli arti non sono impossibili, senza che cessi il » loro atteggiamento dovuto alla contrattura.

» La bambina prende con la mano degli oggetti portile, » li afferra, ma solo col pollice e l'indice, e li tiene fermi.

» Ella è affatto apiretica, poppa e dorme bene, ride e » giuoca. Un leggiero catarro intestinale cede prontamente. » Le pupille di eguale dimensione; i muscoli dell'occhio » liberi.

» Lascio in dubbio la relazione, che abbiano avuto luogo » delle contrazioni anco nella gamba destra.

» Dal 26 fino al 30 Novembre vengono consumati di zinc. » oxyd. alb. et extr. hyosc. ana 24 centigrammi (pro dosi » 1 ½ centigrammi 4 volte al giorno), oltre bagni e vino. — » Il 30 Novembre la dose dell'ossido bianco di zinco viene » portata a 3 centigrammi. Da questo giorno in poi, spe- » cialmente dal 2 Dicembre in qua, mostrasi un parziale » miglioramento, inquantochè durata e forza delle contrazioni » si mostrano considerevolmente diminuite. Esse cessano quasi » affatto nel sonno. Inoltre si è risoluta la contrattura del » piede sinistro, di maniera che egli è già tornato nella sua » normale posizione, mentre gli altri membri, flessi solo » temporariamente, vengono estesi. La mano sinistra afferra e » tiene non più solamente col pollice e dito indice, ma bensì » con tutti i diti. Fino al 15 Dicembre furono adoperati in » summa 2 ½ grammi ossido di zinco e 1 grammo estratto » di giusquiamo.

» Sebbene la bambina facesse con le cure igieniche ap- » prestatele dei visibili progressi nel suo sviluppo, lo stato » spastico alla fine rimase, sebbene in minor grado, alquanto » stazionario.

» Dal 15 Dicembre, inf. di china. Il tremito è quasi af- » fatto cessato. Ma il capo persiste ancora nella sua posi- » zione flessa verso sinistra, e la mano sinistra rimane ab- » dotta al carpo.

» Durante il Gennaio 1860 bagni solforosi, più tardi per » alcune settimane olio di merluzzo. La bambina guadagna » eccellente pienezza, i sintomi convulsivi (contrattura e tre- » mito) si mostrano di tanto in tanto con varia intensità. » Gli arti prima affetti sono adoperati affatto liberamente, e » solo è rimasta ancora la flessione laterale del capo.

» Alla fine di Febbraio, dopo una durata di circa 3 ½ » mesi, sono scomparsi tutti i fenomeni morbosi; il secondo » dente incisivo inferiore è spuntato in questo tempo; la » bambina è in un eccellente stato di nutrizione.

» Io vidi la bambina ancora una volta, allorchè aveva 2 ½ » anni. Il suo sviluppo non fu interrotto da alcun disturbo.

» Il secondo caso appartiene a una bambina di 19 giorni, » figlia di un proletario, il 7.° bambino della famiglia; 5 » fratelli sono morti, i più in tenera età, di atrofia. La bam- » bina poppa al petto materno, è di media grassezza, bene » sviluppata, e in ordine con le sue funzioni.

» Al 19.° giorno di vita incomincia la mattina per tempo » a gridare, ricusa il latte, non si riesce in alcun modo a » quietarla, e getta dei gridi acuti tutta la giornata.

» L'arto destro è flesso all'anca e al ginocchio, e retratto » sul ventre, le dita del piede flesse, e le loro punte prementi » sulla pianta. Tutta la estremità è compresa incessantemente » da contrazioni leggiere, prevalentemente d'adduzione, le » quali non sono interrotte nemmeno da una passiva esten- » sione della gamba, che sembra dolorosa.

» Poco dopo comincia lo stesso fenomeno nel braccio de- » stro; il medesimo è attratto verso il tronco, flesso al go- » mito e carpo, e le 4 dita piegate sul pollice. Braccio e » gamba contraggonsi nello stesso tempo.

» Capo e faccia liberi. Le estremità di sinistra giacciono » per lo più in estensione, e si muovono volontariamente.

» Punto febbre; buone e sufficienti evacuazioni intestinali; » il latte imboccato con un cucchiaino viene deglutito; niente » di abnorme negli organi del petto e ventre. Una pressione » sulla appianata fontanella non apporta alcun cambiamento » nelle estremità.

» Mentre dura la contrattura, le contrazioni fanno delle » corte pause; il tastare gli arti le risveglia subito (Moschus).

» Così continua fino a sera, quindi la bambina dorme » quieta fino al giorno seguente.

» Il giorno dipoi ritornano le contrazioni e la contrattura » di tanto in tanto, e si estendono anco al capo. Del resto » la bambina apparisce sana, e rimane tale anco in seguito.

» Una bambina di 11 anni, debole, molto anemica, Luisa

Digitized by Google

» B., era già stata curata nel 9.° anno di vita dell'affezione » in discorso. La medesima sopravviene ad accessi; le arti- » colazioni del carpo vengono ad un tratto fortemente flesse » e le mani abdotte, i diti sono allontanati gli uni dagli altri » sul pollice piegato, le mani soggiacciono a movimenti come » di tremito. Contemporaneamente i piedi vengono essi pure » in un corrispondente stato di contrazione. Tra questi pa- » rossismi appariscono ancora altri sintomi nervosi. Così un » giorno una flessione convulsa e passeggiera del capo con » dolore alla nuca, frequenti svenimenti e pallori della faccia, » delle stirature dolorose ai piedi fino alle anche.

» Riposo di mente e di corpo, una dieta conveniente, » frizioni fredde e ferro conducono la bambina a guarigione » in uno spazio di tempo non lungo ».

Appartengono questi tre casi alla categoria delle contratture primarie (essenziali), in quanto le medesime nè traevano origine da una malattia del cervello o del midollo, nè comparvero nel decorso di alcun' altra malattia.

Il fenomeno essenziale era la contrattura, e si accordano, eccetto piccole differenze, con le osservazioni non numerose, che fino a qui sono state pubblicate. Particolare è loro, al contrario, il *tremore* degli arti affetti, resp. del capo, il quale non fu menzionato in alcuna delle osservazioni fino a qui; solo furono talora osservate delle convulsioni generali nel decorso della contrattura. Degno di nota apparisce quindi, che tutti e 3 i casi appartengono a bambine, mentre fino a qui si osservò il sesso mascolino prevalentemente affetto.

Io ritenni conveniente una estesa relazione dei miei tre casi, perchè la letteratura tedesca rimane notevolmente addietro alla francese in questo riguardo. La contrattura, sulla quale risvegliò l'attenzione dapprima Tonnelé nel 1832, ha interessato quasi esclusivamente autori francesi. Di tedeschi non vi sono che i casi pubblicati da Küttenheim (1) e von Tott in Rostock (2). Gerhardt menziona nei suoi annali per le malattie infantili, 1861, occasionalmente una giovinetta vicina alla pubertà e debole, nella quale la contrattura si mostrò *con intermittenza*, dacchè per settimane ciascun pomeriggio manifestossi con leggiero aumento della frequenza del polso e rossore della faccia la contrattura di tutti e quattro gli arti. Nelle ore antimeridiane rimanevano le dita del piede e della mano debolmente flesse. Una cura tonica ristabilì la fanciulla.

Una osservazione molto istruttiva di Abelin in Stockholm è riportata dal *Giornale per le malattie infantili*, 1857, V. XXIX. P. 289.

Il focolaio della contattura (essenziale) è stato ricercato da medici francesi in organi differentissimi. Egli è fuor di questione, che egli non deve trovarsi nè nel cervello nè nei nervi periferici o muscoli degli arti affetti, perchè giammai dei fenomeni cerebrali accompagnavano la contrattura; e non può essere di origine periferica un'affezione, la quale, come non di rado, si estende a tutti quattro gli arti. Frattanto non solo per questa eliminazione noi siamo richiamati al midollo spinale, ma anche alcuni sintomi riferibili a questo sono contenuti nei casi miei sopra riferiti e in quelli di altri. Io conto fra gli altri la diffusione particolare, per lo più discendente, talora ascendente della contrattura a tutte e quattro l'estremità, o a due dello stesso lato contemporaneamente, il grado sebbene leggiero dell'influsso della volontà sui diti presi da contrattura nel mio primo caso, e l'eccitamento per via riflessa della contrattura nel secondo. Questi tratti in più riguardi rassomigliavano alla corea, della cui origine spinale nessuno più dubita.

La contrattura *simpatica* non fu osservata fino a qui che nello spasmus glottidis. Il crampo tonico delle mani e dei piedi, talora solamente delle mani, comparve sempre solo nel decorso dello spasmo della glottide, ma mostrò allora una certa indipendenza dagli accessi dell'ultimo, poichè egli continuava in minor grado fuori del medesimo. Come nella contrattura essenziale accompagnavano edemi del dorso del piede e della mano anco questi crampi carpopedali.

Al 10.° giorno di un tifo Friedrich (1) osservò in un bambino di 9 anni una contrazione, che rapidamente dileguossi, delle estremità, con leggiera flessione indietro del capo.

Chorea minor.

Le mie osservazioni non potrebbero aggiungere niente di veramente nuovo a quanto nei noti lavori speciali è contenuto, e completato in modo istruttivo dagli ultimi contributi di Steiner e Neureutter (2).

Per accennare la maniera di comportarsi di questa affezione nella età infantile, dirò che la sua maggiore frequenza avviene avanti il principio della seconda dentizione, dal 6.° fino all' 11.° anno, e alle bambine spetta una disposizione straordinariamente maggiore. Su 202 malati, per esempio, Steiner e Neureutter ebbero 155 bambine e 47 bambini.

Del più grande *interesse* sono i reperti necroscopici, che Steiner potè far rilevare in tre casi. Egli trovò nel canale spinale delle essudazioni ora di un siero limpido come acqua, ora torbido, stravasi sanguigni al punto di partenza dei nervi, le membrane e la sostanza dello spinal midollo iperemica o oligoemica, e in questa ultima una proliferazione di tessuto connettivo mediocremente considerevole.

Nella più gran parte dei casi guariti non può l' alterazione anatomica essere profonda, dacchè essa permette una completa risoluzione.

Del resto laddove si riscontrano i processi infiammatori del midollo spinale descritti da Steiner, si mostrano sempre anco dei sintomi, che non spettano all' ordinario quadro morboso della chorea: dolori lungo la colonna vertebrale, passeggiere convulsioni delle estremità, sensibilità aumentata della pelle, continuazione della inquietudine muscolare durante il sonno, perfino aumento della temperatura e della frequenza del polso. Dalla mancanza o presenza di tali fenomeni la diagnosi anatomica dovrà trarne profitto in vita.

Se noi teniamo parola anche della connessione del rheumatismus con il ballo di S. Vito, ciò avviene solo per la ostinazione, con cui in quest' ultimo tempo si sono identificate ambedue le affezioni col pretesto di un considerevole

(1) Oppenheim's Zeitschrift f. d. ges. Med. I. Bd. H. 14.
(2) Iournal f. Kinderkr. 1851, Bd. XVII. S. 5.

(1) Loco citato.
(2) Prager Vierteljahrsch, 1863, Bd. III. e 1868, III.

Digitized by Google

materiale clinico (Roger). Sia pure che in Francia le medesime malattie si combinino insieme anco spesso; però in Germania avviene precisamente il contrario, e noi siamo d'accordo con Steiner, il quale cerca l'anello di congiunzione fra il reumatismo, con o senza affezione di cuore, e la chorea nella predilezione, che il primo manifesta per le membrane sierose (nel caso in questione per le meningi del midollo spinale).

Paralisi.

Il nervo più frequentemente paralizzato nei bambini è il facciale, e le cagioni ne sono di molto svariata natura.

La *paralisi facciale dei neonati* talora si osserva *congenita*, dipendente da deformità dell'orecchio esterno od interno, con deformità e piccolezza del temporale, o essa insorge per causa *traumatica* durante il parto. Fino a qui osservata solo da un lato, essa deve il più spesso la sua origine alla pressione della cucchiaia del forcipe. Questa eccezionalmente interessa il tronco nervoso in toto al punto di sua uscita dal foramen stylo-mastoideum, ma più ordinariamente il punto di divisione del facciale, sotto e avanti il lobulo dell'orecchio, di maniera che o vengono affetti dei grossi rami (che si distribuiscono alle palpebre, ale del naso, labbra), od anche solo alcuni filamenti.

Anche l'azione intensa e prolungata da parte degli orli di un bacino ristretto può originare questa paralisi per pressione.

La natura suole compiere la risoluzione di queste paralisi *anche* in 2 giorni, e fino a 6 settimane.

Una paralisi di un facciale, *completa* ed *insanabile*, viene prodotta dalla *carie della rocca petrosa;* per lo più nella prima metà dell'infanzia costituiscono il punto di partenza di quella specialmente la scrofola, la tubercolosi ed alcuni degli esantemi acuti. La otorrea non ha mai mancato nel decorso della malattia, e la sordità è compagna costante della paralisi. Romberg osservò la posizione obliqua della uvula, con l'apice rivolto verso la parte paralizzata, in tutti i casi (1). In due osservazioni di Henoch (2) l'uvula stava perfettamente dritta, di maniera che la distruzione del condotto falloppiano e del facciale non poteva aver avuto luogo che al di qua del nerv. petros. sup. major.

Delle *paralisi reumatiche della faccia* in bambini di 2 ½, 5 ed 8 anni sono pubblicate da Romberg ed Henoch (3). I rimedi soliti ad usarsi negli adulti (uso endermico della stricnina, elettricità) bastarono alla guarigione.

Più proprie della età infantile sono quelle paralisi facciali, che traggono la loro origine dalla pressione delle glandole infiammate e tumefatte, e del tessuto cellulare nelle vicinanze del foramen stylo-mastoid. dell'orecchio. La trasmissione, a seconda della intensità e della sede della pressione, è tolta parzialmente o generalmente, più o meno completamente, e la guarigione è l'esito ordinario dopo la risoluzione del processo inflammatorio. Solo le cicatrici profonde di ascessi di queste parti, in seguito della scarlattina, rendono spesso la prognosi incerta.

(1) Osservazioni cliniche, pag. 21.
(2) Beiträge z. K. II.
(3) Kl. Wahrnehm. S. 20 u. Beiträge z. K. II.

Sebbene più raramente che la paralisi del facciale, si è osservata nei neonati anco la *paralisi di un braccio.* Essa pure è da riportarsi alla pressione del forcipe, sia che esso abbia scivolato sul plesso brachiale, o, in caso di molto sfavorevole situazione della testa, sia stato direttamente applicato sopra esso.

Delle paralisi da pressione incomplete o totali degli estensori dell'avambraccio sono state inoltre osservate talora in lattanti, che, avviluppati e legati, sono rimasti ore intere giaciuti sul medesimo lato.

Esempi per un'analoga azione di altri traumi sono i seguenti:

« Steiner e Neureutter videro in una bambina di » 6 anni la paralisi del braccio sinistro dopo una percossa » del medesimo. La guarigione richiese 4 settimane.

» A Paget fu presentata una giovinetta di 7 anni, la » quale in una caduta, oltre una frattura della gamba, si era » contusa la scapola e un lato del collo. La motilità e sen» sibilità del braccio corrispondente erano estinte; la prima » si ristabilì presso a poco dopo tre mesi, l'anestesia rimase ».

Chassaignac e Paget descrivono una *paralisi dolorosa* degli arti in bambini di tenera età, il più spesso delle estremità inferiori, la quale paralisi generalmente è cagionata da una forte trazione degli arti rispettivi nel sollevare o strascinare i bambini. La paralisi incomincia ad un tratto, nell'atto del trauma, è incompleta, e dapprima più intensa, mostra già dopo 24 fino a 48 ore delle leggiere tracce di miglioramento. Il dolore, dapprima spontaneo, apparisce più tardi solo alla pressione e nei tentativi di movimento. La sua sede varia, ma suole alle estremità superiori occupare l'orlo interno del deltoide, alle inferiori il punto di uscita dello ischiatico; la pressione su questi punti lo provocano. Il miglioramento e la guarigione di queste paralisi avviene qualche volta nello spazio di 48 ore, e si estende raramente al di là del settimo giorno. L'assenza di qualunque alterazione di forma dell'arto, come pure la mancanza di qualunque disturbo anatomico riconoscibile, fece supporre a Chassaignac come cagione di un tale stato una commozione del plesso nervoso, che trovasi alla radice dell'arto. Egli raccomanda delle frizioni con spirito canforato, ed una fascia a sostegno del braccio.

Paralisi essenziale, paralisi spinale dei bambini, secondo Heine.

Queste paralisi, quasi esclusivamente proprie dell'infanzia, avvengono tanto prevalentemente nel primo anno della vita, che gli autori delle « osservazioni cliniche » le riguardano affatto come paralisi del primo periodo della dentizione, il qual nome non viene loro che da una coincidenza di tempo.

Il carattere della paralisi essenziale è in breve il seguente: Essa insorge per ordinario dopo brevi indistinti fenomeni febbrili, rarissimamente violenti; ma presto sopraggiungono sintomi cerebrali, i quali danno i segni di una iperemia cerebrale, di una meningite, o anche prendono forma apoplettica. Dopo tali prodromi si manifesta il più spesso un'estremità inferiore paretica o affatto paralizzata, qualche volta

Digitized by Google

soltanto alcuni muscoli, o gruppi muscolari, più raramente ambedue le estremità inferiori, rarissimamente un braccio con la spalla. Giammai insorgono vere emiplegie. La sensibilità è in principio normale, la contrattilità elettrica dei muscoli infermi è conservata, o in alcuni abolita (Duchenne). L'azione reflessa cessa completamente.

La paralisi può dopo un corso più breve o più lungo scomparire (paralisi temporaria dei bambini, molto rara), o essa si dilegua solo in parte. In caso di paraplegia fin da principio un arto riacquista la sua mobilità, o la paralisi dell'intero arto si riduce a quella sola della gamba o del piede. Nel maggior numero dei casi la paralisi rimane stazionaria. I muscoli paralizzati dimagrano abbastanza presto, e la loro temperatura si abbassa molto. In seguito alla loro atrofia e degenerazione si ammortisce la sensibilità elettro-muscolare, e la mobilità loro, e si ordiscono contratture e deformità nelle membra paralitiche.

La mancanza di tutti i sintomi cerebrali concomitanti queste paralisi ne fa subito giudicar bene, ed in quanto al focolaio dell'affezione, si crede sempre generalmente in Germania di poter adottare la ben fondata opinione di Heine, la quale ripone questa paralisi infantile in un'alterazione del midollo spinale, sebbene lo stesso non sia stato in grado di precisare il luogo e la maniera del processo patologico.

Paralisi difteriche.

Queste paralisi, le quali da circa 20 anni costituiscono una considerevole parte di tutte le neurosi di moto nell'infanzia, cadono sotto l'osservazione con una impronta così caratteristica, che non sono più esposte ad essere confuse. Volendo dare un completo quadro dei sintomi, che si sviluppano in una successione poco variabile di certi segni, questa affezione abbraccia la paralisi del velo palatino, i disordini d'accomodazione degli occhi, le paresi e paralisi ascendenti delle estremità, la paralisi della vescica e dell'intestino retto, e la più dannosa di tutte, la paralisi dei muscoli respiratori. Soltanto eccezionalmente si trovano uniti tutti questi disordini di movimento in un solo caso; pure nondimeno i singoli anelli della catena sono di per sè abbastanza chiari. Lo sviluppo della paralisi si fa lentamente.

Qualunque maniera di diphtheritis, quella delle mucose (della gola, della congiuntiva, della vulva), della pelle, delle ferite, può avere per conseguenza una paralisi, e la gravezza della malattia difterica ha così poca influenza su ciò, che molti osservatori (Roser e Trousseau) videro la più parte delle paralisi venire in seguito precisamente di angine leggiere. L'epoca dello insorgere della paralisi è differente; le sue prime tracce possono palesarsi anco durante la vigente difterite, o succederle alla fine. Altre voltre separa un intervallo di più settimane ambedue gli stati.

Sarebbe presunzione l'ammettere, che agli antichi medici sia sfuggita una malattia, la quale possiede, oltre un esito manifesto, un gruppo e una maniera così particolare di sintomi. Che la conoscessero per lo addietro, lo si rileva dagli scritti degl'istorici della difterite, di un Ghisi (1749), Bretonneau (1826), i quali certo non conobbero che la paralisi del velo palatino, riportata da loro alla sua vera cagione.

Se però questa paralisi difterica limitata non fu osservata allora che eccezionalmente, e se le altre paralisi rimasero ignote anche a severi osservatori, ciò necessariamente manifesta come in generale la difterite prima si presentasse meno estesa e meno frequente, ed anche le sue successioni morbose si manifestassero molto più raramente, e meno intense, ossia fosse essa più strettamente localizzata.

Può questo meravigliare, se si considera il carattere tanto svariato, la benignità e malignità delle epidemie della difterite, la differente natura della scarlattina, con la quale la difterite sta in un rapporto evidente, sebbene ignoto?

In una parola, le paralisi difteriche non si osservavano per lo innanzi con la intensità e generalizzazione, con cui noi le vediamo; sembra che esse siano già notevolmente di minuite, e si può supporre, che per l'avvenire torneranno ad essere di nuovo delle malattie sporadiche.

Io credo che queste conclusioni, tratte dalla istoria delle paralisi difteriche, si possano utilizzare per la loro etiologia.

La difteria tiene, come la scarlattina, con la quale essa sta in uno stretto rapporto ancora ignoto, ma non meno evidente, ad una infezione della massa sanguigna, la quale, per prima serie, cagiona certi apparenti localizzazioni (ad esempio sulle mucose, sul comune integumento). Queste localizzazioni danno forse una misura approssimativa per la gravezza *quantitativa* della infezione, giammai però per la qualità della medesima, e solamente dall'ultima dipende, se consecutivamente il sistema nervoso viene o no affetto sotto forma di paralisi. Se questa presentasi prima o dopo; se sia limitata a ristretti territori (velo palatino, occhio), o sia estesa a quasi tutta la estensione del corpo; se la paralisi tiene dietro volentieri particolarmente alle più leggiere angine, come ad alcuni ha sembrato, quasi che potesse verificarsi una paralisi difterica bene caratterizzata senza precedente difteria (Trousseau); allora bisogna ammettere, che il veleno difterico sia capace ancora d'altre manifestazioni che quelle ch'egli palesa nelle ordinarie localizzazioni.

La circostanza, che la paralisi generalmente ha per punto di partenza il luogo, che fu per il primo sede della difteria, cioè la gola, indica, secondo la mia opinione, che la faringe è un regolare punto di partenza, sia per la difterite dei comuni integumenti (pelle e mucose) che per la difterite del sistema nervoso. Una tale regolarità per la difterite non potrà essere dichiarata un prodotto d'immaginazione, dacchè essa è un fatto negli acuti esantemi.

Io non esito punto a porre la paralisi nello stesso rapporto colla difterite, come la nefrite colla scarlattina. — L'affezione renale non è niente affatto una *successione morbosa* della scarlattina; al contrario il processo scarlattinoso si localizza contemporaneamente sulla pelle come sui canali oriniferi. Se qui egli in una certa misura abortisce o si nasconde, per poi più tardi comparire sotto la forma di morbus Brightii, dipende in parte almeno dal carattere dell'infezione, dacchè l'osservazione mostrò, che anche l'idrope scarlattinoso sta sotto influenze epidemiche.

Se si applica questa interpretazione alla difteria e alla paralisi, non ne risulta altra differenza da questa, che l'ultima fornisce un esempio interessante sotto il punto di vista patologico di una malattia d'infezione, che si manifesta solo nel sistema nervoso, e vi si svolge.

Digitized by Google

Riepilogo.

Questo sunto dimostra la considerevole parte, che l'infanzia prende alle nevrosi. Frattanto ciò che differenzia il bambino nel modo più distinto dall'adulto, è la sua pronunziata disposizione a disturbi nella sfera motoria, in opposizione alle affezioni delle fibre sensibili.

Quasi tutte le neurosi di motilità, fino a qui riportate, sono prevalentemente proprie dell'età infantile, alcune le sono affatto particolari, e servono, come ad esempio le convulsioni nelle malattie febbrili, e quelle che precedono la morte, di caratteristica di questo periodo della vita.

Un esempio potente, come il sistema nervoso sotto la medesima cagione morbosa, a seconda della età, soffra in varia guisa, ce l'offre la intermittens.

Io ho menzionato sopra una serie di casi, in cui la febbre intermittente associavasi in bambini a convulsioni generali, mentre fra essi non trovavansi che scarsi esempi di neuralgia a tipo. All'incontro accompagnano fenomeni convulsivi, specialmente convulsioni degli arti, molto raramente i parossismi della febbre da malaria degli adulti, i quali invece sono frequentemente complicati o affatto sostituiti da neuralgie a tipo. Sono a mia disposizione, da me stesso osservati, circa 50 casi di tali algie in distretti nervosi differenti. Nè puossi più distintamente pronunziarsi la differenza dell'età per rapporto alla disposizione nervosa! Griesinger ha già notato nel suo libro sulle malattie d'infezione la « importante influenza della età, a sua saputa fino ad ora non considerata, sullo sviluppo delle forme nevralgiche nelle febbri intermittenti », ma lo equivalente infantile, cioè le convulsioni generali, lo ha dimenticato.

Se si ricerca la ragione, onde le fibre sensibili del sistema cerebro-spinale dei bambini così raramente sono la sede di sensazioni dolorose, anzi tutto conviene citare la scarsità nell'età infantile di quelle malattie, dalle quali provengono la più parte delle neuralgie degli adulti (malattie degli organi sessuali, nonchè alcune altre affezioni croniche generali o locali).

Anche le influenze reumatiche, estremamente feconde più tardi di sensazioni dolorose, appena cadono in considerazione per la giovinezza.

Per altro non è la semplice portata di questi momenti etiologici, che motiva quella rimarchevole differenza delle età; giacchè noi abbiamo non ha guari visto, circa all'esempio della intermittente, che assale quasi con egual frequenza tutte le età, come queste risentano differentemente la medesima cagione morbosa. Lo stesso dimostra un altro fatto degno di nota, che cioè lo stimolo prodotto da radici di denti cariati, il quale risveglia negli adulti frequentemente dell'estese neuralgie del quinto, nei bambini non ha quasi alcuna influenza.

Egli è perciò necessario, dacchè il bambino possiede così poca suscettibilità per il dolore, che la grande immunità delle sue fibre sensibili sia fondata nella particolare anatomica e fisiologica costituzione stessa delle medesime. Certamente noi entriamo con ciò in un terreno, che non è stato per anco esplorato dagli autori.

Si domanda, se noi saremo più felici nel tentativo di spiegare approssimativamente la disposizione dell'età infantile alle convulsioni.

Considerando il modo di funzionare del sistema nervoso infantile, apparisce la differenza, che la fibra sensibile entra in funzione prima e più indipendentemente che la motoria. Dalla prima inspirazione in poi, quella è tenuta occupata ed esercitata dai più differenti eccitamenti esteriori, e della sicurezza della sua percezione e trasmissione ce ne ammaestra la circostanza, che la reazione del più tenero bambino a eccitamenti nocivi, ossia la manifestazione del suo malessere e dolore, sta in rapporto con la intensità di quelle sensazioni.

Non così è della funzione motoria. Siccome la funzionalità cerebrale, che noi chiamiamo volontà, non esiste nella prima età della vita, così non avviene da parte del cervello alcuna influenza intesa a regolare le fibre nervose di moto; oltre a ciò anche i muscoli volontari si mostrano per lungo tempo insufficienti ad una completa trasmissione. Così i primi movimenti del bambino, di poca importanza in sè, sono solo riflessi; più tardi divengono una miscela di azioni riflesse ed intenzionate, ma poco ordinate. Solo poco a poco, nel decorso di anni, la fibra motoria raggiunge una giusta attività.

Donde tanta manchevolezza nella sfera motoria? In gran parte almeno da questo, che mancano nel cervello, o sono incompletamente sviluppati, gli organi che reggono regolarmente e solidamente i centri motori. Ma se manca questa potenza, allora è facile che questa possa facilmente essere esercitata da *intercorrenti stimoli patologici*, che siano forti abbastanza per eccitare i centri della motilità.

Per la stessa ragione, anche degli *stimoli indiretti* e *lontani per via reflessa* possono agire su questi centri, e così noi vediamo la eccitabilità alle azioni riflesse per parte del midollo spinale divenire nell'infanzia una influenza dominante. Quella attività cerebrale, che noi designamo col nome di volontà, racchiude in sè contemporaneamente un apparato moderatore, che tiene in freno fino a un certo grado i moti reflessi della medulla spinalis. La importanza della volontà lascia sbrigliata la eccitabilità reflessa tanto più quanto più giovine è l'individuo; il bambino trovasi per questo rapporto in uno stato analogo al sonno. Così molti accessi convulsivi vengono nell'infanzia resi possibili dalla mancanza di resistenza del cervello ad uno eccitamento periferico.

La *etiologia* delle neurosi infantili si occupa di potenze della più profonda e tenace azione. Una parte dei disturbi, che durano tutta la vita (epilepsia, emicrania ecc.) data dai primi anni; se di questi solo una piccola parte si deve a una condizione congenita, una maggiore se ne deve alla così detta eredità latente (mediata). A questa si accorda, e con piena ragione, una influenza sempre maggiore.

Per le neurosi, le quali si sviluppano nell'età infantile senza notevole disposizione ereditaria, devono prendersi in considerazione due momenti:

1) Come le alterazioni materiali del cervello dei primi anni di vita stieno in uno stretto rapporto con l'attivo sviluppo a quest'epoca dell'organo centrale e delle sue membrane, dacchè la possibilità di alterazioni patologiche è tanto più grande, quanto più incompleto è un organo; così molte malattie nervose, il cui stato morboso istologico non è ancora conosciuto, provengono da questo stadio di transizione. E

Digitized by Google

il periodo di sviluppo non è finito col 7.° od 8.° anno di età, in cui il *volume* del cervello infantile ha quasi raggiunto quello di un adulto; poichè il cervello infantile negli anni successivi diviene sempre più pesante, e raggiunge il suo *peso completo* solo molto più tardi.

Ma anche le particolarità della nutrizione e dello accrescimento del resto del corpo sono:

2) Intimamente e per tutto connesse con lo sviluppo del sistema nervoso. Nei disturbi nutritizi di anni ed anni della infanzia vengono gettati i germi di alterazioni neurotiche, che tosto o solo molto più tardi vengono alla luce. Nell'etiologia delle nevrosi degli adulti si è generosi nello ammettere anomalie di costituzione, senz'avere presente in egual grado la grande importanza della rachitide e della scrofolosi per l'età infantile. Senza dubbio, in condizioni passabili, e con poca cura, spesso anco malgrado questa, « esse guariscono con gli anni. » — Solo non bisogna domandare, come!

In alcuni fatti delle precedenti pagine è racchiusa contemporaneamente la spiegazione della molto svariata disposizione, che mostrano alcuni differenti periodi dell'infanzia alle varie neurosi. Il periodo proprio alle convulsioni è entro i primi cinque anni di vita, mentre l'ultimo lustro dell'infanzia, a riguardo delle nevralgie, si avvicina agli adulti. Precisamente nel mezzo sta la chorea.

Fra i momenti etiologici diretti, il trauma, lo stimolo locale nel senso il più vasto, vi prendono una parte importante, e non meno della infezione, come ad esempio negli acuti esantemi, nella difterite, e nei processi da malaria.

B. Salomon. — *Contribuzione alla casuistica dell'inquinamento moccioso acuto.* — (Berlin. klin. Wochenschr. N.° 32, 1870).

Nel 10 Marzo di questo anno, l'autore fu chiamato a visitare un fiaccheraio di Coblenza, di 42 anni, che già da molte settimane non si sentiva del tutto bene. Nel 24 Febbraio era stato preso da violenti brividi di freddo, a cui nel giorno seguente aveva succeduto un copioso sudore, con suo grande sollievo; insieme al freddo era stato preso anche da dolori alle estremità, che pure erano scomparsi dietro al sudore. Dopo pochi giorni ritornarono però questi dolori anche più intensi, e raggiunsero un grado tale da produrre anche frequenti deliqui. Ciò non ostante sino al 28 Febbraio il malato aveva continuato ad attendere ai suoi affari, e solo dal 1.° Marzo in poi rimase in casa, perchè gli si era fatta notevole la fiaccherza delle membra, perchè aveva perduto l'appetito, e perchè infine una sete molesta ed un senso d'interno calore lo tormentavano senza posa, ed in modo continuamente crescente. Tuttavia i sonni erano stati sino a quel tempo abbastanza tranquilli, e il paziente passava la maggior parte del giorno fuori del letto. — Quando l'autore raccolse lo stato presente (10 Marzo), i polmoni, il cuore e gli organi addominali, non mostrarono che fosse avvenuto alcun mutamento nei loro rapporti. Su ambedue le gambe si osservava una striscia larga 2 o 3 linee, di color rosso-chiaro, che partendosi dal malleolo esterno, si prolungava in alto tra il capo della fibula e la tibia. Verso il limite superiore di questa striscia la più leggiera pressione produceva dolori violentissimi, senza che un esame il più attento riuscisse a discoprirvi la più piccola tumefazione. All'incontro su ambedue le sure, ed in modo simmetrico, si trovava un'infiltrazione dolorosa grande quanto un avellana, sopra la quale facilmente poteva spostarsi la cute, che del resto era del colorito normale. Due striscie meno evidenti ed alquanto più chiare, situate sulla superficie dorsale di ambedue gli avambracci, conducevano pure a due tumefazioni piuttosto forti, situate simmetricamente sul lato dorsale dei bracci; queste tumefazioni sporgevano per alcune linee sul livello della cute, erano lunghe 3-4 centimetri, larghe due, e di una forma a guisa di fuso. La cute che copriva queste infiltrazioni, dolenti per sè e ad ogni pressione, era di un calore urente, rosso-chiara e facilmente dislocabile. Le glandule linfatiche non apparivano tumide in alcuna parte.

La cute era tutta calda, secca e senza esantemi; la faccia aveva un'espressione vivace; sulla palpebra superiore sinistra si trovava un piccolo furuncolo; la lingua era intonacata, ma umida; la respirazione alquanto accelerata; l'orina oscura e concentrata; il ventre costipato; il polso pieno, a 100.

Non v'era dolor di capo, nè delirio, e le lagnanze dell'infermo si riferivano solo alla grande debolezza, ed al vivo dolore che provava lungo le braccia, e che si estendeva sino alle dita. L'ordinazione fu di un infuso di rabarb. col bicarb. di soda, e delle fregagioni sui punti infiltrati con l'unguento cinereo ed olio di giusquiamo. Per i giorni successivi, eccone in sunto il diario:

11 Marzo. — Leggera diarrea; lingua secca. Temperat. 41, 2 C. — Ordin. Acido muriatico internamente; cataplasmi locali.

12 Marzo. — Cessazione dei dolori e della diarrea. *Mattina.* Temp. 41, 2; puls. 100. *Sera.* Temp. 41, 3. — Ordin. Acido muriatico, e nella sera 1 gram. di solfato di chinina.

13 Marzo. — Il malato si sente chiuso il naso; nella guancia sinistra avvi una tumefazione dura e diffusa. *Mattina.* Temp. 41, 2. — Ordin. Applicazioni fredde. Nella *sera* tumefazione eresipelatosa sulla radice del naso e su ambedue le gote; la congiuntiva dell'occhio destro suffusa di sangue. Temp. 41. — Ordin. Solfato di chinina; affusioni fredde; vino.

14 Marzo. — *Mattina.* Temp. 41; polso 106, piccolo. È aumentato il turgore eresipelatoso e la corizza; le lacrime scorrono lungo le guancie; la lingua è secca e screpolata. *Sera.* Si discopre per la prima volta un esantema: due pustole una sulla fronte, ed una sull'angolo interno dell'occhio sinistro, grandi quanto una lenticchia, a superficie convessa, con margine rosso, e con un contenuto fluido giallognolo. Temp. 41; polso 108, piccolo. — Ordin. Decotto di china con ac. fosforico.

15 Marzo. — *Mattina.* Su ambedue le gobbe frontali si veggono due bozze; su altre parti della faccia e sull'avambraccio destro si sono sviluppate altre pustole più o meno grandi e confluenti. Dal naso scola in quantità non molto notevole un liquido sieroso e tinto di sangue; la bocca può essere aperta solo di poco, la voce è nasale, ed il malato prova difficoltà a deglutire. Temp. 40, 4; polsi piccoli, a 104. *Sera.* Sono aumentate in volume ed in numero le pustole sulla faccia. Temp. 40, 4; puls. 116. — Ordin. Ioduro di potassio; un grammo di chinino; affusioni fredde.

16 Marzo. — *Mattino.* Le pustole si sono fatte più spesse

Digitized by Google

anche sulle estremità superiori, e le bolle situate verso l'angolo interno dell'occhio destro mostrano un contenuto sanguigno. Tutta la faccia è tumida, gli occhi sono chiusi; la respirazione è molto frequente (32). Una scarica alvina. Forte delirio. Polso molto piccolo. — Ordin. Pillole di ghiaccio. *Sera.* Continua il delirio. Diffusione maggiore dell'esantema, specialmente sulla faccia, sul petto e sulle estremità superiori. L'infiltrazione sul braccio sinistro mostra una fluttuazione evidente, ed aperta ne esce un pus non diverso da quello detto di buona indole. Temp. 41, 3; polso innumerabile. — Ordin. Canfora 0, 12 ogni due ore. Ipoclorito di calce esternamente sul naso.

17 Marzo. — *Mattina.* Polso innumerabile; naso freddo e color piombo. Verso il mezzogiorno segue la morte.

La sezione non fu fatta; però a compensare in parte questo vuoto nella storia, l'autore discende a più minute e particolari ricerche intorno alla sorgente dell'infezione, il che è pure di non poca importanza.

Da tali ricerche risulta, che nel 7 Febbraio, quindi circa 14 giorni innanzi alle prime manifestazioni morbose, si era verificato in uno dei cavalli dell'infermo un ingorgo glandolare sospetto. Però i sintomi non erano stati abbastanza espressi da giustificare l'uccisione dell'animale, ed anzi sembrò che in poco tempo si migliorassero alquanto. Appena però il proprietario del cavallo fu preso da moccio, fu prontamente ucciso l'animale, su cui si raccolse il seguente reperto anatomico. — Tubercoli mocciosi nelle glandole delle fauci; tubercoli mocciosi miliari nei polmoni, della grandezza di una capocchia di spillo sino a quella di un grosso pisello, e nel polmone destro sino a quella di una noce. Sulla mucosa nasale ulceri e tubercoli, penetranti a sinistra sin dentro l'etmoide; i seni mascellari pieni di pus. — Il secondo cavallo, che era rimasto sano, e che coabitava coll'altro, fu pure dovuto uccidere nel 7 Aprile, perchè malato di moccio; il che fu confermato da una diligente sezione. — Non v'ha quindi dubbio che l'infezione non provenisse dal cavallo prima malato, e che già nel 7 Febbraio mostrava glandole sospette. Ciò che rimane oscuro, è se il contagio fu introdotto nell'organismo mercè un qualche punto leso della cute, ovvero senza di esso. Quest'ultimo fatto è però il più ammissibile, perchè per quanta diligenza si usasse, non venne fatto di scoprire alcun trauma sulla superficie del corpo del malato, nè egli stesso ricordava di averne avuto alcuno.

La diagnosi di moccio fu potuta in questo caso stabilire anche prima che si presentassero l'esantema e la rinopatia caratteristici, poichè parlavano abbastanza per esso, e le infiltrazioni sottocutanee, e la febbre elevata, e la professione del malato. La diagnosi divenne certezza, quando si seppe la malattia del cavallo.

Nel decorso della malattia è stata notevole la febbre elevata, non remittente anche nelle ore del mattino, e l'esser rimasto libero il sensorio fin quasi all'ultimo, non essendosi stabilito il delirio se non nell'antiultimo giorno di malattia. I polmoni, secondo i segni fisici e razionali, sembra che rimanessero illesi.

Poco è a dire sul trattamento: l'autore nota, che una dieta corroborante è adattata per sostenere le forze del malato, che le affusioni fredde recano un visibile sollievo, e che il chinino, al contrario che nel tifo, non esercita in questa malattia alcuna influenza antifebbrile. C. B.

C. Hüter. — *Un caso di avvelenamento per ossido di carbonio, guarito con la trasfusione del sangue.* — (Berlin. klin. Wochenschr. N.° 28, 1870).

La mattina del 6 Marzo p. p. in una camera di un albergo di Greifswald, che nella sera precedente era stata riscaldata, si trovarono i due fratelli B...., che non davano più segno di vita: pochi momenti prima, in un'altra camera dello stesso albergo, si erano trovate due signore nel medesimo stato. — Prima che giungesse l'autore sul luogo dell'infortunio, già parecchi medici, e fra gli altri il Prof. Eichstädt e i Dottori Köhnk e Lemeke, avevano tentato richiamare in vita gli asfissiati, specialmente procurando la respirazione artificiale con la compressione del torace, con l'abduzione delle braccia, e con la galvanizzazione del nervo frenico. Questi tentativi condussero ad un buon risultato, in quanto che tre degli asfissiati in breve ricominciarono a respirare regolarmente, e dentro un'ora riacquistarono anche la coscienza; solo nel più grande dei fratelli B...., (un robusto ufficiale di cavalleria, di 26 anni), essi riuscirono del tutto inutili. Egli era restato esposto al gas velenoso per 4 o 5 ore, e circa 2 ore di più di suo fratello. Quando l'autore vide quest'infelice, i fenomeni erano già tanto allarmanti, che subito fu allestito l'apparecchio per la trasfusione. La respirazione era molto superficiale, intercisa, e talora dopo 3-4 atti respiratori cessava in modo, che bisognava di nuovo eccitarla artificialmente. Il polso piccolo e frequente, le pupille non reagivano affatto alla luce, la cornea era completamente insensibile. Non si vedeva alcun movimento spontaneo nell'infermo all'infuori della respirazione, che ad ogni momento minacciava cessare. — Alle 11 e mezza antimeridiane si ottennero 16 once di sangue, metà da uno studente di medicina, e metà da un'ordinanza, e mentre che in un bagno d'acqua tepida veniva defibrinato e colato, l'autore pose a nudo l'arteria radiale dell'infermo al di sopra dell'articolazione della mano destra. Frattanto le respirazioni si erano fatte anche più superficiali ed irregolari, e quando l'autore, introdotta la cannula nell'arteria, incominciò a trasfondere il sangue, esse cessarono affatto. Il prof. Eichstädt, che stava al braccio sinistro per sorvegliare il salasso depletorio, prima che fossero iniettate più di 2 dramme di sangue, aprì la vena, ma la circolazione era tanto abbattuta, che, non ostante che l'apertura della vena fosse abbastanza ampia, ne uscirono poche gocce di sangue quasi nero. Il prof. Eichstädt cercò di fare uscire più sangue che fosse possibile fregando il braccio, il Dott. Benecke avviò la respirazione artificiale, e l'autore contemporaneamente trasfondeva il sangue. Probabilmente solo per la combinazione di tutte e tre queste forze, che agivano su punti diversi del corpo, si riuscì a mantenere la vita. Quando fu trasfusa circa la metà del sangue (8 once), cominciò a fluire in gran quantità il sangue venoso dal foro fatto nell'altro braccio per il salasso, indizio che si rianimava la circolazione. Sul finire della trasfusione (il sangue introdotto fu in quantità di circa 16 once, e quello estratto col salasso di circa 8 once) il polso si fece più pieno e più lento, e ritornò la respirazione spontanea. Dopo una mezz'ora si fece evidente la reazione delle pupille verso la luce, e si conobbe esser ritornata la sensibilità nella cornea, per la chiusura delle palpebre ad ogni toccamento di essa. I muscoli facevano nelle braccia alcuni movimenti.

Digitized by Google

La respirazione dovette tuttavia sorvegliarsi attentamente. Specialmente fu necessario di tener tirata fuori continuamente la lingua per mezzo delle dita e delle pinzette. Dopo circa 4 ore il malato aveva riacquistato il dominio sui suoi muscoli, la lingua non più cadeva nella retrobocca, e quindi non occorse più di tenerla fissata al di fuori. Nello stesso tempo mise fuori i primi suoni, e ritornò la coscienza. Lo stato soporoso era riconoscibile anche nel giorno seguente. La convalescenza, tanto in questo come negli altri asfissiati, procedette regolare. Le legature dell'arteria radiale caddero nel 5.° e nel 6.° giorno. Nello stesso tempo scomparve la sensazione di formicolio nelle dita. Nel 5.° giorno il malato era fuori già di letto. I punti della mucosa della lingua erosi per l'azione delle pinzette, che avevano dovuto tenerla per più ore, guarirono rapidamente. Nell'11.° giorno l'infermo fu rinviato a casa con una piccola ferita granulante nell'avambraccio, ed ora è perfettamente guarito.

Facendo l'epicrisi di questo interessantissimo caso, l'autore pone in vista i seguenti punti: 1) la necessità d'introdurre grandi quantità di sangue, invece di poche once come si è fatto ordinariamente sin qui; 2) l'opportunità di aver riuniti in una busta tutti gl'istrumenti necessari alla trasfusione, in modo che in simili casi nulla si abbia a cercare; un ritardo di pochi minuti, nel caso citato, avrebbe costato la vita (1); 3) la preferenza che merita la trasfusione arteriosa, che quasi sempre fu preferita alla venosa nelle 16 trasfusioni operate dall'autore. Che la funzione della mano non venga affatto pregiudicata dalla trasfusione arteriosa eseguita sulla radiale, l'autore lo dimostra anche con altre osservazioni. C. B.

(1) In Greifswald si vendono tali buste, munite di tutti gli utensili, dal fabbricatore *Weinberg* al prezzo di 14 talleri.

Winckel. — *Sui differenti metodi di cura locale delle emorragie uterine.* — (Deutsche Klinik. 1 u. 2. 1868) Schmidt's Jahrbücher. N.° 5, 1868.

Le emorragie dell'utero non gravido o si presentano come aumenti della mestruazione (menorragie), od insorgono fuori dell'epoca mestruale (metrorragie). Di queste possono essere la sede le labbra uterine, la mucosa del collo e quella della cavità dell'utero. Nel trattamento delle emorragie non è meno importante di conoscerne esattamente la sede, come pure la causa delle medesime.

L'uso locale dei rimedi il più usato e raccomandato da tutti i ginecologi contro le menorragie e le metrorragie consiste:

a) Nell'applicazione dei medesimi per mezzo d'iniezioni nella vagina. I mezzi più comuni usati come emostatici sono: la scorza di quercia, il solfato di rame, l'allume, l'acido pirolegnoso, il matico, il tannino, il solfato di zinco ed altri ancora. Nell'atto dell'iniezione la paziente deve giacere in in letto; con ciò il liquido non iscola troppo presto dalla vagina. Questa specie di emostasi conviene per le menorragie dipendenti da erosioni della bocca dell'utero e del collo, e nel carcinoma e cancroide della porzione vaginale dell'utero, poichè in questo caso vengono colpiti direttamente i luoghi sanguinanti; ha però lo svantaggio, che anche le parti sane della vagina vengono tocche dai rimedi, e per conseguenza non si possono adoperare in soluzione concentrata.

b) I rimedi agiscono con maggior attività, quando coll'aiuto dello speculum vengono portati sui punti che danno sangue, o in soluzione od in forma di polvere. Oltre ai già menzionati, qui specialmente debbonsi ricordare anche due altri rimedi, il liquore neutro di sesquicloruro di ferro ed il ferro candente; la pietra infernale è molto inferiore nell'intensità dell'azione a questi due. I predetti mezzi convengono specialmente nelle emorragie da cancroidi e da ulceri carcinomatose. Il ferro candente è indicato inoltre nelle erosioni papillari fortemente sanguinanti, e può usarsi in forma di dischi grandi quanto uno scellino, e della stessa grossezza, arroventati a bianco, i quali siano assicurati all'estremità di un sostegno di ferro.

c) Anche il tamponamento della vagina, sia per mezzo del *colpeurynter* riempito d'acqua ghiacciata, o per mezzo del tampone, che contenga liquidi astringenti, per alcuni casi è da raccomandarsi: così, per esempio, può darsi, che dietro asportazione di neoproduzioni dalle labbra uterine nascano emorragie arteriose assai rilevanti, le quali non si possano frenare che per mezzo del tamponamento della vagina.

d) L'applicazione di cilindri fatti con allume, tannino, solfato di zinco, liquore di sesquicloruro di ferro. Si uniscono due dramme di gomma adragante con 2-3 grani dei suddetti rimedi, più con grani 15 ad uno scropolo di zucchero, il che si dee ben raccomandare a motivo della facile solubilità. L'azione di tali cilindretti è molto più intensa di quella delle soluzioni di egual forza, che si adoprino per iniezioni.

Più frequenti e di maggiore importanza sono le emorragie provenienti dalla cavità propria dell'utero. Non è da porre in dubbio, che per solito nelle forti menorragie, per esempio da neoproduzioni, specialmente miomi, si sprechi troppo tempo nell'applicazione degli astringenti, e si tolleri troppo a lungo la forte emorragia, poichè si ha paura di portare il rimedio direttamente nell'utero. Questo timore sicuramente svanirà sempre più, mano mano che i medici si convinceranno, che i metodi qui proposti sono affatto scevri di pericolo, solo che siano adoperati lege artis.

e) Le iniezioni nell'utero si praticano nel modo più opportuno collo schizzetto di Braun od altro analogo, e per queste si adopera l'allume, il tannino, l'acido pirolegnoso, ed il liquore di sesquicloruro di ferro neutro. Si abbia attenzione, che il liquido da iniettarsi non sia troppo freddo, che la bocca uterina sia sufficientemente ampia da non opporre difficoltà alcuna alla uscita del liquido, e che le iniezioni si facciano adagio: osservando queste cautele, non si vedrà mai insorgere una reazione considerevole.

f) Il tamponamento dell'utero con laminaria o genziana. I cilindri di genziana hanno il vantaggio di essere più solidi, e specialmente quando vi si lascia la corteccia, non scivolano sì facilmente come i cilindri di laminaria. L'introduzione o in lunghi pezzi, o coll'aiuto della pinzetta di Braun, si fa 1-2 volte al giorno, secondo il grado dell'emorragia.

g) L'applicazione di cilindri di gomma adragante nell'utero con 10-15 goccie di liquore di ferro, o di un cilindro di genziana, bagnato in parte nel liquore di sesquicloruro di ferro, applicato nell'utero, con che assieme alla compressione lo stiptico agisce sulla superficie sanguinante. G. M.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

RIVISTA CLINICA

Num. 12. BOLOGNA 31 Dicembre 1870.

MEMORIE ORIGINALI

Storia di un caso di paraplegia improvvisa da malattia delle vertebre

PEL

Dott. ACHILLE DE-GIOVANNI

Medico Assistente alla Clinica Medica, e Docente privato nella R. Università di Pavia.

Fra i casi di affezioni spinali, che mi occorse presentare ai giovani inscritti al mio corso privato di Diagnostica medica, uno attrasse singolarmente l'attenzione di quanti videro la paziente, ed è argomento della presente scrittura.

Il repentino irrompere dei fenomeni paraplegici suggeriva come probabile una certa lesione anatomica; ma non si poteva poi ammetterla a tutto rigore diagnostico, e allo studio analitico dei sintomi devo ascrivere l'avere superate le difficoltà della diagnosi.

Prima di accostarmi alla storia clinica, sento il dovere di porgere vivi ringraziamenti all'onorevole Direzione dello Spedale di Pavia, che mi concede l'accesso alle sale ospitaliche per la parte pratica del mio corso, non che all'egregio primario Sig. Dott. Dagna, dalla cortesia del quale ottenni di rendere di pubblica ragione la presente istoria.

Anamnesi.

Fortunata Maria, d'anni 16, contadina di Corgnago, entrò nella Sala medica *A* il giorno 28 Aprile 1870. Ha viventi il padre e la madre, che godono tuttora buona salute, e non ha fratelli. Dice che non ricorda di avere mai superato gravi malattie. Qualche volta sofferse di febbre intermittente; da 2 mesi è amenorroica, ma per questo non gliene venne mai alcun grave incomodo. « Il mio male, essa diceva, incominciò 30 giorni or sono, e prima io mi sentiva benissimo, e ho sempre lavorato colla solita lena e buona voglia. » — Il 28 Marzo (1870) sentì un dolore fortissimo alla base del torace destro; invitata a precisarne meglio la sede ed il carattere, applicò le dita della mano nell' 8.° spazio intercostale, dicendo che il dolore vi dardeggiava lunghesso, ma così acuto da impedirle il respiro. Trascorse alcune ore, in cui le fitte perdevano della loro primitiva acutezza, un altro dolore consimile la punse dal lato opposto; era più mite, ma colpiva or due, or tre spazi intercostali, cominciando dal 9.° Per tre giorni, durante i quali spontaneamente e presto mitigaronsi queste sofferenze, la paziente non si tolse mai agli ordinari lavori campestri, perchè, eccetto qualche fitta, che di volta in volta le ricordava le passate acutissime, non provò mai nè stanchezza, nè dolori al dorso, od altre sensazioni morbose. Scorsi questi tre giorni scoppiò la catastrofe, neppur sognata dalla paziente. — Era di notte, quando svegliata, essa dice, dalla voglia di spandere acqua, s'accorse che non poteva più muovere le gambe. Coll'aiuto della madre provvide all'occorrenza, e poi si riacconciò alla meglio nel letto: le orine pare che allora fluissero liberamente. Dopo questo avvenimento l'inferma non sa bene informarci, e solo ci avverte, che a poco a poco le orine e poi le feci principiarono ad evacuarsi spontaneamente, e uscivano dai naturali ricettacoli senza ch'essa se ne accorgesse. Le orine poi non fluivano copiose di volta in volta, ma gemevano continuamente dall'uretra. Quanto ai fenomeni paralitici negli arti inferiori, diceva soltanto, che le pareva fossero vieppiù pronunciati; per questo, dopo un mese di non so qual cura, chiese ricovero nell'ospitale.

Esame della paziente.

Decubito supino. Costituzione linfatica, cute di un bianco-latteo; musculatura sottile, gracile come lo scheletro, che per altro era proporzionato; capelli biondi, ciglia lunghe e folte, occhi neri, languido lo sguardo, rosse le guancie e le labbra; il volto, a lineamenti sottili e profilati, aveva espressione gentile, come non s'incontra che di raro tra i villici, e quando s'incontra non significa certo robustezza ed energia di fibra; mucosa labbiale piuttosto secca; anche la lingua secca, ma netta; anoressia, sete modica, normale la deglutizione e la fonazione.

Il collo corrispondeva al capo ed allo scheletro, ma non offriva alcun che di rimarchevole.

Il torace tendeva alla forma cilindrica; le escursioni ordinarie libere ed eguali d'ambo i lati, le profonde riescivano alquanto moleste, e pareva che le due metà del costato non si sollevassero

Digitized by Google

interamente. Le fosse sopra-clavicolari piuttosto profonde, le sotto-clavicolari appena scolpite; la punta del cuore pulsava nel 5.° spazio intercostale sulla linea emiclaveare. — Il costato era elastico, indolente al palpeggiamento, eccetto negli spazi intercostali che si addossano agli ipocondri, dove si eccitava, palpando leggermente, un senso molesto, il quale ripetevasi sotto le profonde inspirazioni. — *Percussione:* Sotto le clavicole ed al bordo destro dello sterno (dalla 1.ª sino alla 3.° costa) il suono del torace era più alto e più lungo del normale; nelle altre regioni anteriori era normale; sulle linee ascellari anteriori e medie pure normale; sulle posteriori era breve, ed aumentata era la resistenza del torace, massime sulle ultime coste. Il cuore aveva diametri regolari per estensione e direzione. Posteriormente non l'ho esaminata, perchè la paziente non si prestava che a malincuore all'esame anche delle parti più esposte. — *Ascoltazione:* Il mormorio vescicolare all'apice polmonare destro era aspro, e la respirazione sensibile e prolungata; all'apice sinistro invece era debole, e debole pure si ascoltava sulle altre regioni anteriori del torace. Non ho percepito alcuna forma di rantolo nella inspirazione anche forzata, e nemmeno sotto le scosse della tosse. I toni cardiaci più frequenti del normale, ma pel carattere acustico e pel ritmo regolari affatto.

L'addome era di forma regolare, piano, indolente spontaneamente; ma la più lieve pressione tornava molesta alla malata, e la molestia non saliva al grado di dolore, se la pressione era forte. Ancora colla forte pressione si suscitava un vero dolore negli spazi intercostali, 8.° di destra e 9.°, 10.°, 11.° di sinistra. Pigiando l'ipogastrio si facevano dolenti gli organi genitali interni (?). Il fegato e la milza risiedevano nei loro confini fisiologici, ed avevano volume normale. Dalla vescica gemeva continuamente l'urina. La percussione sull'ipogastrio traeva un suono timpanico, e col palpeggiamento non si sentiva alcun tumore. Dal retto uscivano tratto tratto delle materie fecali semisolide.

Le estremità superiori erano perfettamente libere, potevano muoversi in qualunque verso, e non presentavano alterazioni nutritive nè sensoriali; attualmente, dietro gli ordinari stimoli, si constatò normale la sensibilità generale e tattile. Anche il collo s'inclinava e roteava liberamente. Dal terzo inferiore del torace in basso si estendevano le più importanti lesioni. — La cute del costato dalla 8.ª costa in giù, e quella delle pareti addominali, era discretamente iperestesica tanto a destra che a sinistra sulla linea mediana. — Le estremità inferiori giacevano alquanto divaricate; la destra perfettamente distesa, la sinistra un poco flessa ed in leggiera abduzione. Le gambe ed i piedi erano deformati per edema e per squagliamento dell'epidermide; la temperatura al tatto risultò eguale, ma minore di quella del tronco. Ambo le estremità rimanevano immobili, per cui la paziente era continuamente forzata nella posizione in cui trovavasi; tuttavia, ripetutamente eccitandola a muovere gli arti, vidi un cenno di movimento di flessione nel destro. Oltre la paralisi di moto, si aveva ancora la paralisi di senso; questo per altro non era completamente abolito, perchè sull'arto destro un forte stimolo doloroso (la puntura, il pizzico) era avvertito, e la paziente si contorceva nel volto, accusando la sensazione dolorosa; mentre il semplice contatto della mano non era in modo sicuro avvertito. Si aveva quindi l'anestesia e non l'anodinia completa. Il medesimo stimolo, applicato sulla coscia e gamba di sinistra, era susseguito da qualche movimento riflesso nei muscoli della coscia; inoltre la paziente aveva una sensazione dolorosa, inferiore per intensità allo stimolo, che veniva riferita, non al luogo su cui questo agiva, ma alle ultime coste sulla linea ascellare anteriore del medesimo lato. Il contatto della mano non era avvertito assolutamente. Da questo lato quindi era manifesta l'anestesia, più pronunciata l'anodinia, e di giunta v'era l'eterotopia del dolore.

Le prove istituite collo stimolo termico e colla graduata pressione non ebbero risultati attendibili, quantunque contribuissero a generare negli astanti l'idea, che fossevi completa anestesia negli arti.

A completare l'esame mancava l'ispezione della colonna vertebrale; ma, come ho detto, la paziente non si prestava che di mala voglia ai nostri desideri, ond'è che dovemmo accontentarci di insinuare le mani tra il letto e il dorso, e palpeggiare alla cieca. Nell'incominciare questa manovra, mi accorsi che il dorso, in luogo di riposare in istato di totale rilasciatezza, era tenuto in guisa da impedire una leggiera inclinazione della spina in avanti, come sarebbe stato necessario, per adattarsi al dolce declivio che offriva il piano del letto in corrispondenza dell'ultima porzione dorsale e della prima lombare della colonna, — declivio formato dall'inferiore guanciale, che era stato schiacciato e pesto per rendere il piano del letto e quello dei guanciali più che era possibile eguale e dolcemente inclinato. Domandai alla paziente, se in quella posizione stesse a tutto suo agio, e seppi, come si trovasse invece in molto disagio, e come non potesse scegliere un altro modo di decombere, pel timore non le si destassero dei dolori. — Insinuata la mano dietro il dorso, feci pressione colle dita ai lati delle vertebre, e poscia sulle apofisi spinose, e trovai una certa rigidezza dei muscoli della doccia vertebrale di destra, più qualche indizio di dolenza premendo le apofisi spinose di due vertebre, che mi parve fossero l'8.ª e la 9.ª — Al sacro esteso decubito apertosi da molti giorni.

Digitized by Google

Le orine non furono esaminate; il polso dava 96-100 battute al minuto primo; la temperatura ascellare 38.° C.

Diagnosi

La medicina pratica moderna è governata costantemente da due principi — l'uno empirico, l'altro fisiologico. Se non che l'ufficio dell'uno e dell'altro non è sempre l'eguale, e varia col variare dei casi. — Talora, affermata sommariamente la forma clinica secondo l'esperienza, la si rassoda o la si corregge cogli argomenti fisiologici; tal'altra, costrutta la diagnosi cogli elementi fisiologici, il pratico si conforta del criterio empirico. — Ma giova il sapere, che l'acquisto incessante di sempre nuove e positive cognizioni di fisio-patologia rende il principio o l'elemento fisiologico di molto superiore all'empirico, che talvolta per la potenza con cui si addentra anche sotto la veste empirica dei morbi ci svela molti accidenti prima ignoti, ed anche spiega la ragione di essi. L'ammalata mi porgeva il destro e gli argomenti per dimostrare a' miei uditori la giustezza dell'asserto nel modo che si vedrà più sotto.

L'improvvisa paralisi delle estremità inferiori in una ragazza di 16 anni, gracile, amenorroica, esposta per le sue condizioni a raffreddamenti e ad altre cause; l'improvvisa paralisi, dico, senza che per un dato lasso di tempo precedessero fenomeni morbosi di certo carattere, portava direttamente a pensare, che si fosse effettuata una *mielorragia*. Tale fu l'idea, che si presentò a quanti videro la paziente, ed io pure mi vi fermai sopra, prima che avessi raccolto fin l'ultimo dei sintomi, e tutti analizzati secondo i dettami della fisiologia. — L'emorragia spinale è rarissima, dicono i pratici, ed è relativamente più frequente in quegli individui, che presentano le alterazioni vascolari favorevoli alle emorragie nel cervello. Però Levier racconta di un caso, in cui si presentò repentina paralisi per emorragia spinale in una ragazza della età della nostra, come la nostra amenorroica. Edward Montgomery narra di una paraplegia, che si manifestò durante la notte in una ragazza, che nel dì precedente aveva provato forte afflizione, perchè nell'ora attesa non giunse a casa il di lei padre. L'autore dà il caso come un esempio di paraplegia da patema; ma i precedenti, l'incessante moto operato dalla paziente, quando attendeva il padre, la lunga durata della malattia, la diuturna cura, mi fanno dubitare, che non si sia determinata alcuna lesione materiale nel midollo spinale, e questa molto probabilmente doveva essere la iperemia colle sue conseguenze immediate. Comunque sia di questo caso, il precedente è assicurato; e se rarissima è la mielorragia, scemava l'importanza di questo criterio nel volerla escludere nel caso nostro, trovando nella letteratura medica qualche altro caso analogo. E per ciò che riguarda i sintomi più culminanti, era senza dubbio così pronunciata la paralisi del senso e del moto, così evidenti le alterazioni nutritive agli arti ed al sacro, ed eransi queste ordite così prestamente, da confortare sempre più il suesposto concetto diagnostico. Imperocchè l'emorragia, erompendo nella sostanza grigia, abolisce il moto e il senso improvvisamente, e più o meno completamente, ed inoltre è causa, onde si altera la nutrizione delle parti paralizzate più sollecitamente che non succede quando la paralisi deriva da sconci avvenuti in altre parti del cordone spinale.

Il supporre, benchè la paziente non ce ne abbia fatto cenno, che per essere contadina avesse provata l'influenza del raffreddamento, o avesse subito dei traumi; — l'essere la paraplegia comparsa simultaneamente nelle due estremità inferiori, ed egualmente estesa; — l'avere notato la precorrenza di fenomeni dolorosi acutissimi, per quanto di breve durata; — l'avere constatato qualche rimasuglio di sensibilità, qualche traccia di movimenti riflessi; — tutto questo non poteva assolutamente escludere, che la paralisi fosse meningea, e, per la sua istantaneità, esprimesse anche l'agente istantaneo — l'*emorragia meningea*. Ma si doveva osservare, che ripetute richieste rivolte alla paziente non valsero a far constare l'intervento di alcuno dei documenti eziologici sopra indicati; — che se prima della paralisi decorsero quei dolori acutissimi alla base del torace, non potevano però considerarsi come sintomi di acuta alterazione nutritiva alle meningi spinali, essendo isolati, scompagnati affatto da altri fenomeni agli arti, dai quali si sa essere preannunciate le paralisi; — che se l'istantaneità della paralisi (anche ammesso che dai precedenti fossimo indotti a credere compromesse le meningi) suggeriva il pensiero, che in questi si fosse verificata l'emorragia, era contrario all'esperienza il ritenere ciò di proposito, quando si considerava, che dopo 30 giorni dall'avvenimento non si erano mai presentati i sintomi della meningite spinale.

I precedenti ed i sintomi attuali rendevano però più probabile la diagnosi di mielorragia che quella di meningorragia spinale, — ed il principio empirico-clinico stava a ripeterci, che quanto più repentina è la comparsa dei fenomeni, che esprimono l'interruzione della midolla spinale, tanto è più probabile che ne sia causa una emorragia. — La paziente gracile, di costituzione linfatica, amenorroica, offriva anche un argomento eziologico. Dalla nutrizione generale supponendo quella dei vasi non normale, e i vasi quindi più fragili; — supponendo che, durante l'epoca in cui doveva effettuarsi l'ultimo catamenio, pell'orgasmo vascolare dei genitali, pel non avvenuto scolo di sangue, si sconcertasse il circolo nei capillari del

Digitized by Google

midollo spinale; — si poteva arguire che pell'aumentata pressione interna venisse distrutta in alcuni punti la continuità delle loro pareti (1).

La semeiotica insegna, che la paraplegia subitanea ha qualche valore, poichè permette di circoscrivere la questione diagnostica a questi tre termini: — *alterazione materiale improvvisa, avvelenamento, isterismo.* L'anamensi ed altre ovvie considerazioni, delle quali volontieri fo grazia al lettore, mi allontanavano dagli ultimi due termini, e mi tenevano sempre più stretto al primo. Mi diedi quindi all'esame dei sintomi, onde finalmente concretare la formola diagnostica. Ed eccoci affidati al principio fisiologico, dietro la scorta del quale faremo emergere il valore di ognuno dei più segnalati fenomeni offertici dalla paziente.

1. *Dolore intercostale.* — Se noi avessimo veduto la paziente, quando accusò la prima volta l'acutissimo dolore all'8.° spazio intercostale, eliminata una sofferenza pleurica e polmonale, vista la sede del dolore ed il carattere nevralgico, mancando ogni altro sintomo, forse avremmo diagnosticato una nevralgia intercostale, probabilmente da causa reumatica, o anche da infezione palustre, da noi tanto frequente. Ma in oggi, dopo la successione di molti altri sintomi, non potevamo arrestarci a questo concetto. Pensando come a quei dolori fossero venuti dietro i fenomeni paraplegici improvvisi, sentimmo il bisogno di stringere gli uni e gli altri in un nodo, e riferirli ad una medesima causa. Quei dolori, percorrenti il tragitto di dati rami nervosi, ci indussero a credere, che fossero prodotti da una causa meccanica operante primamente solo sopra quei rami nervosi, la quale poscia inoltrandosi verso il centro spinale, avesse così prodotto gli altri fenomeni. — Quei dolori, troppo circoscritti, punto accompagnati da altri sintomi di lesa sensibilità, o di lesa motilità, non potevano esprimere, come abbiamo già dimostrato, lo stadio iperemico, precedente quello della effusione emorragica, vuoi nelle meningi, vuoi nella midolla spinale.

2. *Repentina paraplegia.* — Ciò premesso, nasceva spontanea la conseguenza, che la paraplegia fosse effetto di una causa meccanica — della compressione. Ma in allora come potè repentinamente manifestarsi? — A dir vero questa obbiezione mi impose seriamente, e prima di azzardare una spiegazione qualunque, mi volsi alla paziente, richiedendola di notizie più precise intorno all'avvenimento di quella notte. Allora fu che mi svelò una circostanza, che l'era sfuggita: mi disse, che svegliatasi, e volendo muoversi per spandere acqua, le si distesero violentemente le gambe, poi si rilasciarono, e da quel punto caddero immobili. — Ciò, io dissi, significa, che in brevissimo istante ai fenomeni di paralisi precedettero quelli di irritazione, ma circoscritta ai soli cordoni anteriori, motori della midolla; e ciò stesso ci conferma, che la causa deve trovarsi fuori dell'organo nervoso centrale, all'esterno dei suoi tegumenti, e deve provenire forse dallo speco vertebrale. — Tutta la sintomatologia della paziente si rischiarava nitida, evidente, ascrivendola ad una causa meccanica. Quanto poi alla repentina apparizione della paralisi, riandando la strada che abbiamo fatto per spiegarci i primi sintomi dolorosi, supposi, che questa causa meccanica dovesse essersi insinuata pei fori di coniugazione, donde escono bipartite le branche spinali, e ad un tratto — colpa certi movimenti del tronco, smodati relativamente al guasto che sordamente si era ordito — doveva essersi inoltrata sino al davanti del midollo spinale. Come si vede, con questo io non mirava che a rendermi conto di un fenomeno. Da altri argomenti doveva scaturire la riprova delle fatte ipotesi.

3. *Paralisi degli sfinteri della vescica e del retto.* — Devo convenire che ho usato con troppa fidanza di questo sintoma; ma insieme vado lieto di prestare alla fisiologia un fatto, che ribadisce alcuni suoi risultati sperimentali. Se la paziente fosse stata più cortese, ovvero perfettamente memore di quanto le era accaduto, avrebbe dovuto informarci sopra un fatto importante, e che le si chiedeva a comprova delle nostre induzioni; — cioè, se durante il breve istante che le sue membra irrigidirono, e qualche tempo dopo che caddero in paralisi, avesse poco o tanto di sensibilità negli arti, e se questa fosse venuta spegnendosi mano mano. Ma le parole dell'ammalata non erano attendibili; dovemmo quindi sostituire ad un argomento, che sarebbe stato di molto peso, un altro, che, secondo recenti esperienze della fisiologia, può essere tenuto del valore clinico, che gli accordammo nel nostro caso. — Si sapeva dall'anamnesi, che le perdite delle orine e delle fecce si pronunciarono a poco a poco dopo la maggiore catastrofe. Si vedevano uscire dal retto le materie mano mano erano ivi tradotte dal movimento peristaltico delle intestina. La vescica poi non era distesa da liquidi — alcun tumore, punto di ottusità, venne rilevato dall'esame sull'ipogastrio; nè mai fu d'uopo della siringa per estrarre le orine, che continuamente sgocciolavano. — Era

(1) È alla conoscenza di ogni medico quali rapporti passino fra il sistema dei vasi degli organi genitali interni ed i vasi emorroidali, tra questi ed i vasi intra-rachidiani, tra questi ultimi finalmente e quelli propri del midollo. Gli è per ciò che le vene del tratto inferiore del midollo spinale sono turgide e dilatate nei vecchi emorroidari (Hyrtl). E Scanzoni quando spiega la ragione dei sintomi subbiettivi spinali, che accusano le pazienti per metrite cronica, ricorre, oltre a ragioni meccaniche, oltre alle influenze nervose, anche a questi rapporti anatomici vascolari.

Digitized by Google

chiaro per questi fatti, che esisteva la paralisi degli sfinteri dell'ano e della vescica. Or bene, ritenuto che la contrazione di questi sia, non già l'effetto del tono muscolare, come si credeva, ma un effetto di sensibilità riflessa di questi organi (il cui centro di riflessione dovrebbe risiedere in punti, ancora non bene determinati, dell'ultimo tratto dorsale e del primo tratto lombare del midollo (giusta le esperienze di Giannuzzi ed altri), mi parve potere ammettere, come probabile, che anche la sensibilità negli arti paralizzati, come quella del retto o della vescica, fosse venuta meno gradatamente. In questo modo constatava un fatto, che si conciliava bellamente colla ipotesi di una compressione, che si esercitasse sul midollo spinale dall'avanti all'addietro.

4. *Paralisi di senso e di moto, eterotopia dolorosa, alterazioni trofiche.* — Era palese, come ho detto, la paralisi, tantochè la paziente era nell'assoluta impossibilità di muoversi. Però se la si forzava a muovere l'arto destro, si vedeva un cenno lieve di movimento volontario — l'arto non si muoveva già, ma la pelle s'informava del volume di alcuni muscoli della coscia (parte anteriore e laterale esterna), i quali intumidivano alquanto sotto lo sforzo o meglio tentativo di contrazione. Da ciò conclusi, che nel midollo spinale era ancora aperto *qualche tramite* all'alto volitivo, che, partendo dal cervello, attraversa alcuni gruppi cellulari della sostanza grigia, e s'immette poi nelle vie dei nervi. — A destra un forte stimolo doloroso era poco o tanto percepito, e la donna si contorceva nel volto. A sinistra il medesimo stimolo doloroso suscitava qualche moto riflesso, parziale, nei muscoli della coscia corrispondente, ed insieme un dolore, che l'inferma riferiva in corrispondenza dell'ultima costa, sulla linea ascellare anteriore sinistra. — Comunque si voglia spiegare questo fenomeno, non si può negare appartenga, come il precedente, ai fenomeni riflessi spinali (1); e questi venivano alla lor volta a confermarci, che la sostanza grigia centrale non era interamente disorganizzata nel punto ove doveva trovarsi la causa determinante i fenomeni fin qui esaminati. La qual cosa non era certo di lieve momento, perchè per essa io demoliva il concetto diagnostico, che prima sarebbe parso abbastanza fondato; e alla mielorragia doveva sostituire l'altro di un processo estrinseco al midollo spinale, e probabilmente localizzato nelle vertebre. — Questi ultimi fenomeni mi persuadevano, che la sostanza grigia, in luogo di essere disorganizzata, come succede pella emorragia spinale, forse era stata compromessa da un altro processo, susseguente all'azione meccanica della compressione (sclerosi parziale?); e quindi spiegava come fossero sorte per tempo delle alterazioni trofiche agli arti e al sacro, anche non essendo stata primitivamente lesa la sostanza grigia.

5. *Rigidezza muscolare, dolore vertebrale.* — Voglio cennare il primo di questi sintomi, come effetto del bisogno, che provava la paziente, di tenere immobile la colonna vertebrale; ciò che non mi si negherà essere piuttosto un sintomo di malattia della colonna stessa, che degli organi che stannovi rinchiusi. — Finalmente il dolore vertebrale, limitato alle apofisi spinose dell'8.ª e 9.ª vertebra, e manifestantesi pella pressione medesima, che secondo alcuni *quasi mai*, secondo altri *mai* accompagna l'emorragia spinale, ma sempre le malattie delle vertebre; — questo dolore, che coincideva coll'altezza dei primitivi dolori intercostali, ad un livello sotto cui spiccano dal midollo spinale i nervi, nel dominio dei quali si verificarono le paralisi; — questo dolore, dico, aggiungeva qualche probabilità al nuovo concetto diagnostico. — Tanto la rigidezza del tronco, quanto il dolore vertebrale, non erano fenomeni spiccati; forse potevano trascurarsi, quando si avesse voluto fondare la diagnosi sopra sintomi patognomonici ed evidentissimi. Ma io non calcolava il valore dei predetti sintomi dalla loro intensità, sibbene dall'essere associati agli altri, di cui aveva già rilevato il significato fisiologico.

A questo punto doveva abbordare un altro quesito, certo non meno arduo del primo. — Quale processo adunque alterava le vertebre dolenti? — Gli attributi dell'organismo, che abbiamo esaminato, erano tali che giustificavano l'ipotesi di una spondilite. — Dalle indagini fatte sugli altri visceri, sul polmone particolarmente, non mi risultò che nel ventre o nel torace si svolgesse il principio scrofoloso o il tubercolare. Pella carie delle vertebre si formano gli ascessi di congestione, e noi non ne trovammo indizio di sorta. Non

(1) Si ammette in fisiologia, che delle fibre nervose senzienti, pervenute al midollo spinale, entrino in comunicazione colle cellule ganglionari delle corna posteriori; e pei rapporti che passano tra le cellule delle corna posteriori e quelle delle anteriori, da cui hanno origine le fibre motrici, abbiano luogo i movimenti riflessi. Il dolore suscitato nella nostra paziente in parte lontana da quella, ove si applicava lo stimolo, vorrei spiegarlo, ritenendo che l'eccitamento, portato dalle fibre senzienti nelle cellule estesodiche, venisse trasmesso a quel gruppo di cellule, da cui emanano le origini dei nervi intercostali, cui la paziente riferiva il dolore. Questo fenomeno quindi, rispetto alla meccanica, da cui pare prodotto, potevasi considerare come un fenomeno riflesso, da cui differiva solo perché lo eccitamento non oltrepassava il limite delle cellule senzienti per giungere ad eccitare le motrici. Siccome poi l'eccitamento era portato al centro, e là vi determinava un fenomeno riferito alla periferia, così questo può anche dirsi un fenomeno di irradiazione o proiezione eccentrica.

Digitized by Google

era supponibile che il pus fosse colato nello speco vertebrale, perchè mancarono i fenomeni della meningite e della graduata compressione dal basso all'alto sul midollo. — Dovevasi quindi pensare a quel modo di alterarsi delle ossa vertebrali, che si indica col nome di *osteoporosi*. Ciò ammesso, potevamo ancora ritenere la spiegazione fatta dell'improvviso presentarsi della paraplegia? — Mi pareva che nulla ostasse ad ammettere, che la compressione prima sui rami intercostali, poi sui cordoni anteriori del midollo, venisse fatta dallo sconcio avvenuto nei mezzi unienti le vertebre. E qui devo tosto soggiungere, che avendo provato come tutti i fenomeni attestassero una compressione sul midollo spinale, meravigliava come questa potesse essere data dalla spondilite, quando si sa che questa malattia non giunge a grado avanzato, senza produrre sintomi che per un certo lasso di tempo precedono le paralisi. — Il perchè sorse in me un altro dubbio, che, prestando fede alla paziente (che insisteva nel negare d'avere sofferto qualche dolore al dorso o debolezza agli arti od altro in precedenza), poteva acquistare un alto grado di probabilità; — dubitai che non si trattasse di un tumore vertebrale. La clinica invero insegna, che i fenomeni dolorosi nel tumore vertebrale sono più tardivi che nella spondilite. Ma non volli affidarmi a questo criterio, e quindi mi limitai a questa formola diagnostica: *paraplegia improvvisa da malattia vertebrale*, — volendo così che dalla formola generica trasparisse l'indeterminatezza del concetto diagnostico quanto al processo morboso.

Epilogo del diario

La sera dello stesso giorno (28 Aprile) trovai la paziente febbricitante e molto oppressa. Nei giorni susseguenti non si presentò alcun che di nuovo nei sintomi: anoressia continua, febbre vespertina più o meno viva, deperimento progressivo. — Circa venti giorni dopo la diagnosi, il complesso dei sintomi mi presentò quanto segue: la paralisi di moto aveva raggiunto l'estremo grado tanto a destra che a sinistra; l'anestesia e l'anodinia complete; movimenti riflessi spenti affatto a destra; a sinistra sussisteva ancora, ma in minor grado, il fenomeno dell'eterotopia dolorosa; la paziente accusava inoltre delle sensazioni vaghe, ora somiglianti al formicolio, ora a veri tremiti, nelle parti superiori del torace e degli arti superiori.

Se questi fenomeni potevano essere presi come indizio del progressivo estendersi dell'alterazione nutritiva nella sostanza grigia centrale in senso ascendente, come suole avvenire per lo più, quando la lesione è ivi primitiva, non mi distolsero dalla suespressa diagnosi, perchè non poteva escludersi, che si trapiantasse a punti vicini la lesione nutritiva determinata nel luogo corrispondente alla pressione.

Riesaminai gli organi polmonari e gli altri visceri, ma non trovai traccie di affezione tubercolare o di altro processo degenerativo. — Il 23 Maggio la paziente, già estremamente esaurita, spirò, non presentando alcun fenomeno singolare (1).

Esame necroscopico

La necroscopia venne eseguita il ventiquattro nell'Istituto anatomico-patologico dell'Università dall'egr. Ass. Dott. Stroppa. Mio malgrado non potei assistere al reperto cadaverico; ma ho fatto l'ispezione del pezzo anatomico, che si conserva nel gabinetto, e così ho verificato quanto si rileva dalla seguente descrizione, che trascrivo dal protocollo delle sezioni:

« Corpo di media statura, ben conformato, emaciatissimo; colore della cute bianco-sporco; ventre contratto. Alla regione del sacro, e alla parte posteriore delle ossa iliache, estesa piaga da decubito, a margini irregolari, distaccati, nerastri per gangrena, a fondo grigiastro per essudato; in alcuni punti l'ossatura è priva di periostio e di colore nerognolo.

» *Capo.* — Ossa del cranio sottili; dura madre libera, ed un poco opacata; poca raccolta di siero limpido sotto l'aracnoide; pia madre facilmente svolgibile dalle circonvoluzioni cerebrali; cervello scarso di sangue, leggiermente edematoso; poco sangue fluido nei seni della base del cranio.

» *Collo.* — La glandola parotide sinistra si presenta all'esterno due volte più grossa del normale per infiltrazione di pus denso, giallo-verdognolo, nel tessuto cellulare della glandola; gli acini di questa sono un poco ingrossati.

» *Petto.* — Polmoni liberi, soffici, espansi, crepitanti al tatto e al taglio, un poco enfisematosi agli apici ed ai margini, discretamente forniti di sangue posteriormente. — Cuore di normale volume; poco sangue raggrumato nelle cavità; nessuna alterazione negli orifizi.

» *Addome.* — Anemia della mucosa dello stomaco, spalmata da grande quantità di muco. — Tenue e colon contratti; nel primo si contiene della materia mucosa e giallognola, e poche materie fecali liquide nel secondo. — Fegato un po' più grosso del normale, scarso di sangue; al taglio lascia la superficie del bistori untuosa; cistifellea vuota. — Milza normale. — Pancreas normale. — Reni un po' tumidi; le capsule

(1) Molti particolari clinici non figurano in questo breve epilogo, perchè mi fu impossibile raccoglierli.

Digitized by Google

» facilmente distaccabili; sostanza corticale di co-
» lore bianchiccio, sparsa di chiazze rossigne per
» iniezione capillare, facilmente lacerabile, infil-
» trata di poco essudato; la sostanza midollare
» spicca pel suo colorito. — Vescica orinaria con-
» tratta, vuota. — Utero normale.

» *Colonna vertebrale.* — Alla parte sinistra dell'8.ª
» e 9.ª vertebra dorsale si ravvisa un tumore della
» lunghezza di 0m,05, della larghezza di 0m,03, del-
» l'altezza di 0m,015, duro al tatto e al taglio, di
» colore verdognolo, leggermente infiltrato di un
» umore tenue verdognolo, coperto dalla pleura
» costale intatta, e da una capsula fibrosa sottile.
» L'ossatura per la massima parte è intatta; sola-
» mente vicino ai fori intervertebrali si sente
» che è scabra. — Aperto lo speco vertebrale, in
» corrispondenza della 7.ª, 8.ª, 9.ª e parte della
» 10.ª vertebra, si osserva verso il lato destro, tra
» la dura madre e l'ossatura, una sostanza che
» presenta i caratteri di quella del tumore de-
» scritto, e si tiene in comunicazione con questo
» in corrispondenza dell'8.° foro intervertebrale.
» Questa sostanza facilmente si allontana dall'os-
» satura, e non dalla dura madre, cui aderisce
» fortemente. Nessuna alterazione della dura ma-
» dre nè della pia. — Il midollo spinale in questo
» luogo appare un po' più piccolo per la pressione
» esercitata dalla sostanza intrusa nelio speco.

» Questo tumore al microscopio lo si trovò co-
» stituito di tessuto connettivo, con piccoli e nu-
» merosi nuclei. »

Osservazioni

Da quanto rilevasi dal reperto cadaverico, appare: — 1.° che i dolori intercostali avevano il valore clinico, quale noi appunto abbiamo loro attribuito, fatte le debite considerazioni relative al caso; — 2.° che dall'esame sulla sede, decorso e carattere dei dolori medesimi fummo condotti sulla sede della lesione materiale; — 3.° che i fenomeni delle paralisi del moto e del senso non si dovevan diversamente interpretare, che come effetti di compressione; — 4.° che se non è provato assolutamente, resta però probabile la spiegazione, che demmo alla repentina apparizione della paralisi; — 5.° che essendosi verificata la esistenza di un tumore vertebrale, vale a dire di una causa, che agiva meccanicamente dall'avanti all'indietro, viene rassodato il valore fisiologico e clinico della paralisi degli sfinteri della vescica e dell'ano: nei casi invero di tumore vertebrale la sensibilità si spegne totalmente più tardi, e più lentamente della motilità; — 6.° che il decubito e gli edemi delle gambe sono egualmente spiegabili pella lesione nutritiva, che susseguì alla compressione nella porzione centrale del midollo.

Da questi fatti ancora sono animato a ritornare col pensiero alla proposizione, che ho emesso intorno ai principi della medicina pratica in capo della parte diagnostica. — Se infatti dalla natura delle emergenze cliniche eravamo tratti alla diagnosi di emorragia spinale, empiricamente non si poteva ammettere la lesione, che abbiamo constatato. Forse potevasi sospettare, che esistesse la carie delle vertebre; ma l'esperienza insegna, che in questa malattia i dolori alle vertebre compariscono assai per tempo, e le paralisi sogliono presentarsi lentamente; almeno sono precedute da fenomeni precursori agli arti, quando si presentano repentine per lussazione o sconcio delle vertebre. In questo caso noi avremmo dovuto trovare la deformità della colonna vertebrale. — Insomma non si poteva fondare questa diagnosi sopra base empirica. — Quanto poi al tumore vertebrale, oltre i dolori intercostali, del resto nulla affatto ci presentò la paziente, che sia riconosciuto empiricamente caratteristico dell'affezione. Ed anche i dolori non avevano in principio grande significato. — Lebert (*Handb. d. prakt. Med. Tubingen*, 1863, *B. II.°*, *S.* 574) sulla sintomatologia dei tumori vertebrali così si esprime: « dolori » più pronunciati agli arti che alla sede del tu- » more, senso di fascia al tronco. ».... E la nostra paziente nulla ha offerto di tutto questo. — Hasse (*Krankheit. d. Nervenappar. S.* 72) dice di aver constatato, che i dolori intercostali sono indizio di tubercolosi, e particolarmente di tumore delle vertebre, quando ancora non si sono pronunciate le deformità della spina. Nella nostra paziente si manifestarono solo tre giorni prima che si verificassero le paralisi, e nè prima nè dopo di queste si produsse alcuna deformità lunghesso la colonna.

Ma nemmeno le paralisi vestirono la parvenza constatata in altri casi di tumore vertebrale, e quale è indicata dagli autori. Si dice che la malattia può in principio simulare l'isterismo od affezioni reumatiche (Hasse e Schmidt); che le paralisi sogliono presentarsi lentamente; che da un lato prevalgono le paralisi, dall'altra i dolori. E la nostra paziente, invece, divenne paraplegica repentinamente.

Diagnosi empirica adunque non era fattibile, eccetto quella di emorragia spinale, che vedemmo crollare analizzando i sintomi coi lumi della fisiologia.

Il presente caso, ch'io sappia, è unico nella letteratura medica, avuto riguardo alla repentina insorgenza della paraplegia. — Schmidt (*Compend. d. Nervenkrankh. S.* 283-84) racconta brevemente di una donna, nelle quale si pronunciarono le paralisi nel lasso di due giorni, e la causa ne era un tumore delle vertebre. Ma questa stessa donna aveva una storia di sofferenze antecedenti, e di lunga data, variamente interpretate e curate dai medici, tutte riferibili al sistema nervoso spinale. A ciò ag-

Digitized by Google

giungendo, che le paralisi comparvero in due giorni, appare evidente la differenza, che passa tra il nostro caso e quello di Schmidt.

STUDII CLINICI ED ESPERIMENTALI

SULLA

NATURA, CAUSA E TERAPIA DELLA PELLAGRA

DEL

Dott. C. LOMBROSO

Professore di Clinica delle Malattie mentali

Memoria onorata di premio d' incoraggiamento al concorso Cagnola dal R. Istituto Lombardo

(Continuazione e fine, vedi i N. 10 e 11).

QUINTA APPENDICE

Sulla pellagra degli alienati

Io non mi sono occupato, punto, della così detta *pellagra degli alienati*, perchè un attento studio mi convinse che esisteva, soltanto, nella sterile immaginazione di alcuni psichiatri francesi, del Billod in ispecie, che tentano scusarsi col vieppiù rabbuiare i problemi del non sapere districarli.

L'unico fatto vero, che scusa le loro azzardate asserzioni, è che molti alienati soffrono alterazioni cutanee, cloasmi, coloramenti più oscuri della pelle, eritemi. Io già da tempo li ebbi a notare (1), ed osservai come negli alienati incurabili abbondino in proporzioni maggiori (49 su 58), che nei curabili (18 su 32), e più al fronte e al viso (123) che al tronco (49); e notai come essi scompaiono col migliorare dell'alienazione, e compaiono dopo meningiti. Ma l'eritema, il cloasma cutaneo non bastano a costituire, nemmeno se associate a diarree o a pazzie, la pellagra, la quale ha per caratteri più speciali l'idromania, l'intermittenza dei sintomi, le contratture muscolari ecc. — Forsechè diciamo noi affetti da ergotismo quegli alienati, che presentano gangrene e convulsioni?

(1) Le pigmentazioni ecc. nelle alienazioni mentali. Milano, 1867.

Un altro fatto spiegherebbe le erronee idee del Billod e compagni, ed è il riscontrare negli ultimi stadi delle demenze saturnine, alcooliche e paralitiche molti fenomeni simili a quelli dei pellagrosi, come eritema, diarrea, paresi, tremori, e tutti i sintomi del tifo pellagroso. Questi casi però sono rarissimi, non più, a quanto osservai, del 2 su 1000 alienati; e si spiegano (come già notai sopra nella Parte 1.ª, Sez. 2.ª) perchè il veleno pellagroso provoca alle volte le stesse degenerazioni, che inducono l'alcool e il piombo e la paralisi generale, cioè atrofia del cuore, del rene, e quindi uremia, adiposi dei vasi cerebrali, e pigmentazione dei gangli. Ma in questi casi, però, mancano alcuni sintomi, che si notano nei pellagrosi, come l'occhio vitreo, l'idromania, la scarsezza dei fosfati e pigmenti nelle orine, e la loro poca densità, le contratture muscolari, le scelotirbi; la desquammazione spesso ha luogo più al palmo della mano che al dorso; nè mai nei pellagrosi si osserva l'afasia, che si osserva nei primi; e sempre questi casi si notano in artisti, professionisti, mai in contadini.

Che i 633 casi di pellagra per alienazione, addotti dal Billod, sieno una poco abile mistificazione, s'intravvede già subito dalla loro distribuzione.

Infatti egli cita manicomi, come quelli di Stephensfeld, di Dinan, Cadillac, Lille, Lesme, che non hanno nemmeno un pellagroso su 500 o 700 alienati; ne cita altri, come il manicomio della Salpétriere a Parigi, e quelli di Bordeaux, Marsiglia, Chalons, Rouen, Mans, S. Yon, Alençon, che su 1490, 800, 890, 339 alienati ne hanno appena uno su tre di questi pellagrosi di fantasia; ed ecco altri paesi, come Bourg, Rennes, Lymose, Pau, Avignon, che ne presentano invece 40 su 400, 43 su 252, 22 su 212, 39 su 500, 15 su 400, venendo fino a S. Gemmes, in cui, strana predilezione, se ne hanno 136 sopra 710! Ora se l'alienazione fosse causa di questi fenomeni pellagrosi, essa dovrebbe provocarli in proporzioni eguali in tutti questi manicomi ed anche in quelli di Germania, dove invece non vennero mai osservati. La differenza invece proviene dalla poca critica adoperata nelle osservazioni raccolte, contandosi per pellagrosi malati tifosi (oss. 61 del Billod), alcoolisti (oss. 38, 65), demenze saturnine (pag. 493), e contandosi come sintomi pellagrosi l'assottigliamento dell'epidermide, la lingua punteggiata (pag. 407), e, che Dio gliel perdoni, perfino l'oftalmia purulenta (1). Qualche

(1) Citerò alcune di queste strane diagnosi. — Pag. 450. « En 1854 les erithémes ont été nombreux a Maréville, et ont finis par se résumer dans l'ophtalmie purulente. » — Pag. 393. « L'eruption pellagreuse ayant manqué dans cette observation, je ne crois devoir la mentionner ici que comme un exemple de cachexie spéciale, avec tous les caractéres

Digitized by Google

volta poi evidentemente egli confonde i pellagrosi per alienazione coi pellagrosi per veleno maidico; così a Lymose ei nota su 312 alienati 22 pellagrosi, ma ivi il maiz è così comune, che se ne consuma anche nell'interno del manicomio (ibidem, pag. 462); così 23 dei pellagrosi di Avignone sono Nizzardi, i quali naturalmente hanno fatto uso di polenta; ed a Pau il maiz è in uso in tal tal guisa, che ne divennero pellagrosi fino i cavalli.

Per dimostrare l'esistenza di una pellagra prodotta dalla sola alienazione, bisognava dimostrarla nei ricchi, nei quali si può escludere l'elemento maidico; ora nelle abborracciate storie cliniche del Billod molte volte non si accenna punto alla professione dell'individuo, qualche volta si nota che sono senza professione, quindi miserabili (pag. 97, 98, 102, 104); ma più spesso ancora si nota che sono contadini (pag. 58, 60, 62, 65, 66, 69, 70, 71, 90, 93, 96, 100, 101, 105, 107, 118), e i contadini sono appunto i più esposti all'infezione maidica.

Si noti che le grossolane necroscopie accennatevi non coincidono punto coi risultati delle nostre: non vi si notava che una volta sola l'adiposi epatica e la nefrite (101), e sempre invece vi si rinvenne un rammollimento del midollo, che noi riscontrammo di raro. I sintomi accennati dal Billod si riducono sempre a eritemi, diarree, oscuramento della pelle, vomito; nemmeno una volta è accennato al suicidio, all'idromania, al prurito, alla rigidità muscolare, che sono i sintomi più speciali alla pellagra.

SESTA APPENDICE

Caso di mielite granulare in un pellagroso

De Giorgi, d'anni 60, contadino, di parenti sani, strenuo lavoratore, forzatamente parco di vino e di cibo, e d'indole buona, ma non intelligente, cominciò nella primavera del 1870 a delirare improvvisamente, a dire che tutti dovranno morire fra poco, batter le mani, mangiare sterco. — Condotto da noi, lo troviamo emaciato, col dorso delle mani, piedi e gambe desquammate, pupilla ristretta, diarrea, leggera paresi degli arti, un po' di imbarazzo nella pronuncia, demenza; ora pare accenni ad accusar altri, ma per lo più dà in risa sgangherate e continue, rifiuta ostinatamente il cibo, e pare più gaio rivedendo i suoi: muore di dissenteria.

assignés pour symptomes à la pellagre, y compris la paralisie sans l'erythéme, pellagra sine pellagra. » (Billod. Traité de la pellagre. Paris, 1865). — Bouchard attesta, *de visu*, che molti dei pseudo-pellagrosi di S. Gemmes erano affetti invece da *herpes circinatus*.

Necroscopia — eseguita 24 ore dopo la morte.

Corpo molto emaciato; larghe macchie paonazze da ipostasi al dorso, alle natiche ed ai lati del torace; piaga da decubito gangrenosa, del diametro di otto centimetri, alla regione sacrale; tracce di desquammazione al dorso delle mani ed alla superficie degli avambracci; desquammazione molto pronunciata al dorso dei piedi e alle gambe.

Capo. — Cranio leggermente asimetrico; gobba parietale sinistra più pronunciata della destra; diametro longitudinale 175, trasverso 140; suture completamente saldate; molto profondi i solchi tracciati dall'arteria meningea media; ai lati della sutura longitudinale varie infossature profonde, del diametro di un grano di miglio a quello di un cece, da ipertrofia delle granulazioni del Pacchioni; diploe delle osse craniche scarsa, di color rosso sbiadito.

Dura madre di normale spessore, aderente con mediocre tenacità alla volta cranica, assai tenacemente alla base; seno longitudinale superiore vuoto, come pure quelli della base; la pia madre, tanto degli emisferi cerebrali che del cervelletto, è dappertutto notevolmente ispessita, e in corrispondenza ai rami vascolari più considerevoli è affatto opaca, di color madreperlaceo, e sopratutto in prossimità al gran solco del cervello; spazi sottoaracnoidei piuttosto ampi, pieni di siero rossigno; la pia madre si stacca facilmente dalle circonvoluzioni senza produrre lacerazioni. Sostanza corticale rammollita ed atrofica; volta a tre pilastri rammollita; il corpo striato in un punto aderente all'ependima per essudato recente; il talamo ottico sinistro non ha la solita forma ovoidea, ma è foggiato a cuore; terzo e quarto ventricolo molto dilatati.

Petto. — Polmoni leggermente edematosi, il destro libero da aderenze; del resto nulla di anormale. — Cuore piccolo. Aorta enormemente dilatata, con tracce d'endocardite recente, e qua e là di ateroma; il suo lume è di 4 centimetri. Le cavità del cuore non offrono nulla di anormale.

Ventre. — Stomaco vuoto e contratto; qualche ecchimosi qua e là; ipertrofia della tonaca muscolare verso il piloro. — Fegato piccolissimo, del peso di grammi 890, normale nel suo tessuto, lungo 22 centimetri, largo 13. — Nell'intestino ileo nulla di rimarchevole; nel crasso ulceri, che incominciando dalla fine del colon trasverso vanno fino al retto, alcune delle quali arrivano fino alla tonaca cellulare, ed una anzi ha intaccato perfino questa. — Milza di volume e tessuto normale. — Il rene destro più piccolo del normale, di forma regolare, alquanto seghettato; la capsula si stacca facilmente, e porta una cicatrice di sofferta perinefrite alla convessità, ove presenta un piccolo ascesso suppurato. Il rene sinistro alquanto lobulare, con la capsula tenacemente aderente, offre una cicatrice con alcune cisti. — Vescica normale.

I reni succenturiati sono sviluppati; nel destro hannovi punteggiature gialle nella sostanza corticale, e la midollare è di color bruno chiaro; nel sinistro amendue le sostanze sono più oscure, e le punteggiature più numerose.

Midollo spinale. — Nulla presenta di anormale macroscopicamente il midollo alla porzione cervicale. Alla metà della dorsale la superficie di sezione, in corrispondenza ai cordoni laterali, presenta una macchietta di color bianco gialliccio, a contorni sfumati; questa macchia si fa più intensa ed estesa alla porzione lombare superiore, e si sfuma di nuovo in corrispondenza al rigonfiamento lombare. Al di sotto di questo il tessuto del midollo ritorna normale.

Digitized by Google

L'*esame microscopico*, eseguito dal dott. Golgi, mostrò atrofia bruna, con escellulazione nel cuore; adiposi dell'epitelio dei canalicoli renali, con iperplasia del connettivo interstiziale; le cellule degli alveoli della sostanza corticale dei reni succenturiati in avanzata degenerazione adiposa, e cariche di granuli di pigmento le midollari; nelle cellule epatiche abbondante deposito di pigmento.

Midollo spinale. — Asportando con una pinzetta una piccola porzione di midollo in corrispondenza della descritta macchia, ed esaminandola per dilacerazione al microscopio, si scorge, in mezzo alle fibre nervose, in parte normali, in parte assai povere di mielina, grande numero di corpi granulari rotondi od ovali, del diametro di 30 a 60 μ.

Dopochè il midollo ebbe subito un leggiero indurimento nel bicromato di potassa, dilacerando frammenti previamente imbibiti in carmino si potè rilevare, che tutti i descritti corpi erano forniti di nucleo, e che molti di essi erano circondati da un sottile strato di protoplasma finamente granuloso ed assai tenero, da cui talora partivano 1, 2, 3 e più prolungamenti.

Le cellule del connettivo, che erano vicine alla macchia gialla, erano ricche più del normale di protoplasma assai molle, come pure i loro prolungamenti.

I linfatici perivascolari del midollo, anche al di fuori della macchietta gialla, erano presi da degenerazione adiposa.

Si riproduce dunque, qualche volta, nella pellagra quella lesione, che Westphal primo scoperse nella paralisi generale progressiva, e che non è del resto da lui creduta specifica alla paralisi, avendola ottenuta artificialmente con esperimenti in animali, a cui recideva porzione del midollo, ed osservata in mieliti traumatiche.

Il dubbio, che il nostro De Giorgi potesse essere affetto da paralisi generale e non da pellagra, vien meno quando si pensi che era contadino, non bevitore, non abusatore di Venere e tabacco, nè di lavori intellettuali; che presentava desquammazione ben più estesa che non sogliono i paralitici, e la sitofobia che ben difficilmente vi si riscontra; e che al tavolo anatomico non si notò nè quell'ateroma esteso, nè quella aderenza della sostanza corticale del cervello alla pia madre, che è pur comunissima nei paralitici.

Ed ecco un nuovo punto di analogia anatomica, che congiunge la paralisi generale progressiva alla pellagra, come al punto di vista patologico l'avvicinano la paresi, il delirio ambizioso, la facile uremia, l'eritema, l'ineguaglianza delle pupille.

PARTE SETTIMA

—

Riassunto sintetico.

Ora arrestiamoci un istante nel lungo ed affaticato cammino, e chiediamoci: siamo noi giunti alla vetta, o tutta questa corsa penosa ci aggirava, anche in questo argomento come in tanti altri delle scienze mediche, entro un circolo vizioso, che ci riconduce là d'onde baldanzosi siamo partiti? Facile è la risposta. Noi non abbiamo tocco, nò, la meta finale, ma un piccolo passo in alto lo femmo.

E che ciò sia, ben ce ne porge lusinga il vedere aprirsi, come appunto a coloro che salgono più in alto, un più largo orizzonte, in cui appaiono ravvicinati, in un assieme armonico, quei fenomeni della pellagra, che parevano i più disparati; e lo scorgere chiari e distinti alcuni altri, che prima ci pareano confusi; e conciliate opinioni, che, pur basandosi sul vero, riescivano a distruggersi l'un l'altra nelle loro conclusioni; e rassettati in perfetta armonia i risultati degli esperimenti, degli esami clinici, delle sezioni anatomiche, e perfino dei soccorsi terapeutici.

Noi vedemmo, infatti, gli esperimenti riprodurre in animali, e sopratutto in uomini, dietro l'ingestione continuata di maiz guasto, una serie di fenomeni molto simili a quelli della pellagra: eruzioni, desquammazioni, cefalee, vertigini, diarree, vomiti e inappetenze, dimagramento, paresi, palpitazioni, rallentamento del polso, pervertimenti nella secrezione renale, e persino nella psiche.

E uno studio accurato fatto nei contadi ci mostrò, quanto fosse diffuso l'uso dell'alimentazione di maiz ammalato, sia per gli accidenti meteorologici, sia per la costruzione dei granai, e pel cattivo metodo di panificazione consigliato dalla miseria, e per l'ignavia e tristizia degli uomini, pel pessimo sistema dei contratti colonici, per l'ignoranza che regna sulla sua nocuità tra i contadini. Vedemmo, come tutti i casi citati di paesi ad alimentazione maidica senza pellagra si giustificassero o per una inesattezza dell'osservazione, o per metodi speciali nella preparazione o nello immagazzinamento o panificazione del maiz, che ne impedivano l'ammorbare, o per condizioni di agiatezza, che neutralizzavano l'efficacia del veleno con altre sostanze, vino, caffè; fatto questo, che del resto si potè constatare, in parte, anche coll'esperienza, avendo alcuni individui dediti agli alcoolici mostrato spesso minore vulnerabilità al veleno del maiz: provando poi di più le esperienze, come il maiz ammuffito, bollito con calce viva a 120°, e poi arrostito, non riproduce alcuno dei fenomeni della pellagra. — E con altre esperienze provammo, ciò ch'era d'altronde quasi superfluo, che il frumento guasto produce fenomeni assai più miti e differenti dal maiz.

Così constatavasi, che la vera causa della pellagra, come avean già intravveduto nei tempi antichi il Guerreschi, il Marzari, il Triberti, il Sette, ed ai nostri tempi il Ballardini, Roussel, Pellizzari, Maggiorani e Cipriani, era nel maiz ammorbato. — Indipendentemente d'altronde

Digitized by Google

da queste esperienze, gli studi di Moleschott, di Voit, di Ranke, rilevando come gli idrocarburi del sangue giovano allo sviluppo della forza muscolare, come le sostanze dette respiratorie contribuiscono essenzialmente alla formazione dei tessuti più nobili, restava distrutta, *a priori*, la teoria Liebighiana, su cui si fondavano i pellagrologhi antichi per far rimontare all'ipotesi dell'insufficenza alimentare la genesi della pellagra; ipotesi che sarebbe risultata erronea, ad ogni modo, dopo che il Letheby dimostrava. il maiz fornire a *minore prezzo* maggior quantità di azoto di tutti gli altri alimenti vegetali, i piselli e la segale eccettuati.

L'esame dei sintomi, nei pellagrosi studiati in campagna, concordava appuntino coi risultati delle esperienze: mostrava frequente in essi il prurito, la blefarite, non rara la sonnolenza, il marasmo, sintomi che si riscontravano o in tutti od in parte nei nostri esperimentati. Nella diminuita quantità e densità delle orine, nella invariabilità loro anche in condizioni speciali morbose, spiccavano le ultime conseguenze di certi sintomi annotati negli esperimenti, che accennavano ad un'iperemia e congestione renale, a cui doveva naturalmente tener dietro l'inflammazione e l'atrofia.

E questa condizione dei reni, come quella che spesso era causa di uremia, ammoniemia, spiega quel fenomeno, prima misterioso, dei tifi pellagrosi, che avevano della meningite e del tifo parecchi sintomi, ma nessun carattere anatomico. — Questi fatti vennero corroborati dall'analisi chimica del sangue, che constatò quantità grande di urea nei casi di tifo.

Altri studi sul sangue confermavano la non contagiosità della pellagra; rivelavano una quantità quasi sempre normale, rarissime volte in difetto, qualche volta in eccesso, di globuli e di fibrina; e davano un ultimo crollo alla teoria, che ammetteva come causa della pellagra l'insufficienza di cibi azotati, e alla pratica, già del resto riconosciuta inopportuna, di curare i pellagrosi col ferro, e dimostrava inoltre, indirettamente, che la pellagra è un fenomeno d'intossicazione (1).

La oftalmoscopia rivelava lesioni nella retina, che ci danno ragione degli errori nella visione, notati nei nostri esperimenti e nei pellagrosi, e che si devono ritenere esiti di iperemie e flogosi retiniche precorse (2). Forse a queste lesioni si connette in parte quel fenomeno dell'idromania, che noi vedemmo tanto diffuso, da stampare orme profonde nella statistica italiana, e che se spesso è provocato dalla vertigine, dal senso di scottore e dalle allucinazioni frequenti nei pellagrosi, certo è, però, non rare volte effetto di una disposizione particolare della retina, che riesce eccitata piacevolmente dalla impressione viva dell'acqua, come anche dal fuoco, il che ravvicina l'idromania alla piromania degli impuberi e dei paralitici.

La cronologia dei sintomi, che prendono punto di partenza nei centri viscerali, diarrea, gastralgia, rutti e pirosi, l'osservare in alcuni il restringimento della pupilla da un lato, e da quel lato maggior aumento di calore e rossore, e cefalea, e la frequente ineguaglianza della pupilla, fanno sospettare che il veleno pellagroso agisca prima di tutto e sopratutto nei centri gangliari, appunto come tanti altri veleni vegetali e minerali (piombo, ecc.); e rendono possibile il supporre, che anche gli altri sintomi pellagrosi, la desquammazione, l'eritema, il delirio, le coree, le paralisi, siano l'effetto di iperemie prodotte da paralisi gangliari: e così si spiegherebbe la singolare variabilita dei sintomi già annotati non solo da paese a paese, ma persino nei singoli individui. Prevalendo la lesione dei gangli addominali, si hanno le uremie, le disurie e gli eccitamenti genitali o le impotenze, i rutti, le pirosi, le diarree, le stitichezze. Prevarrebbero nelle lesioni del plesso cardiaco le palpitazioni, il rallentamento dell'impulso cardiaco, ecc., e in quelle dei plessi cervicali l'ineguaglianza della pupilla, la miosi, le cefalee laterali.

Il provenire, poi, la pellagra da una intossicazione spiega la contraddizione, che si nota nei suoi sintomi, al paro che negli esperimentati col maiz guasto, come voracità e inappetenza, mutismo e loquacità, stitichezza e diarrea, rigidità e mobilità, iperemia ed anemia della papilla, miosi e midriasi, risipola, desquammazione ed atrofia della cute; contraddizione che si trova in tutti gli avvelenamenti, secondo che si osservano in stadio diverso, o secondo che prevalgono le condizioni di uno stadio oppure quelle dell'altro, iperemia o irritazione, depressione o anemia e quindi atrofia.

Queste conclusioni non affatto sicure, finchè solo basate sulla sintomatologia e sugli esperimenti tossicologici, riescono poi veramente accertate all'esame del cadavere. Infatti le lesioni più comuni si riducono ad *iperemie parziali*, sopratutto delle tonache cerebrali, della milza, del fegato, del colon, dell'aorta, del tessuto Malpighiano; ad *atrofie*, sopratutto del rene, del cuore, della tonaca muscolare dell'intestino, del fegato, del cervello, delle coste, e dello strato corneo del derma; ad *adiposi*, sopratutto del fegato, della tonaca muscolare dei vasi cerebrali, e in qualche caso del cuore e del rene; ed a *pigmentosi*, della cute, dei capillari del cervello, del fegato, reni, ecc.

(1) La fibrina, dice Ranieri Bellini, durante il corso degli avvelenamenti si offre aumentata in quantità.

(2) Vedemmo in una precedente nota, che le nuove indagini di Tebaldi constatano veramente nei pellagrosi le iperemie, di cui noi non rilevammo che gli ultimi esiti.

Digitized by Google

Il contraddirsi delle lesioni è proprio di tutte le intossicazioni, come anche il preferire alcuni visceri e tessuti più che altri; e in ciò le atrofie ed iperemie prodotte da queste differiscono dalla comune atrofia, o dal marasmo propriamente detto, dall'adiposi o dall'infiammazione, ecc., che o ledono un gran numero di organi contemporaneamente, o se alcuni soli ne ledono, sono quelli che appunto meno sono colpiti nei pellagrosi.

Le lesioni più comuni, che non mancarono mai nei pellagrosi, anche in quelli che nulla offrivano nell'intestino o nel cervello, furono quelle del cuore, e subito dopo quelle del rene, che, come si sa, tanto da quelle del cuore dipendono, e che ad ogni modo si possono giustificare da quanto fu già notato negli assoggettati al veleno maidico. Questo ci spiega la facilità dei pellagrosi agli edemi, alle idropi, alle sincopi, e a quelle uremie e ammoniemie acute, che finora si chiamarono tifi pellagrosi, e che si collegano colla frequente alcalinità, notata, in essi, nelle orine e nel sudore anche dagli antichi.

Alcuni organi, che sembrano i più colpiti in vita dall'affezione pellagrosa, offrono minor gravità e minor numero di lesioni alla tavola anatomica, come lo stomaco; il che prova che qui la lesione più che nell'organo era nel nervo che s'irradiava.

Ma a provare, sempre più, come tutte queste lesioni partano da un'intossicazione del sistema nervoso, giova la contraddizione che si nota nei reperti anatomici, appunto come nelle funzioni, come iperemia ed anemia, ipertrofia ed atrofia del fegato, cervello, colon; e vi giova più ancora il reperto della pigmentazione dei gangli simpatici. Questo dà il suggello definitivo all'ipotesi suggerita dalla fenomenologia patologica, che anche quando pare compromettere i tessuti cutanei, cerebrali, spinali, ha sempre un punto di contatto col sistema viscerale (paresi, desquammazione, mania con diarrea, sitofobia, ecc.), e si potrebbe dire un costante *riflesso* di questo.

La profilassi era naturalmente un'applicazione delle fatte esperienze; doveva consistere, cioè, nella astensione dal maiz ammorbato, o in un miglior sistema per la raccolta e il magazzinaggio con aie di pietra, e porticati soleggiati, macchine di Valery, ecc., che prevenga ed impedisca l'ammuffimento del grano; in un metodo economico e domestico di panizzazione, che dia modo al contadino di sottrarsi alle facili frodi del mugnaio e del fornaio, e di neutralizzare, con una bollitura portata ad alto grado, il veleno del maiz guasto.

La terapia, benchè frutto di puro empirismo, riesce anch'essa a conferma della teoria generale. La pellagra, originando da un avvelenamento e non da un'insufficienza alimentare, trova sollievo in alcuni rimedi, cloruro di sodio, solfito di calce, acetato di piombo, arsenico, la cui azione benefica tanto più spicca, perchè anche sperimentata nelle campagne senza alcun dietetico amminicolo. Ora di questi quattro rimedi, tre sono antifermentativi, e il più prevalente, l'arsenico, è quello che oltre ad essere antisettico ed antifermentativo, sviluppa in ispecie la sua azione sui gangli simpatici, quelli che primi vedemmo esser colpiti dall'intossicazione.

Ed ecco adunque come con mirabile accordo l'esperienza clinica si affratelli alla sintomatologia, ed ambedue si riflettano chiare nell'anatomia patologica, e trovino un suggello nella terapia.

Molti dei fenomeni pellagrosi, che dapprima riescivano misteriosi, diventano ora bene esplicati. Noi non troviamo più quella sproporzione tra la causa e l'effetto, tra i primi e gli ultimi sintomi, che si notava già un tempo; e possiamo spiegarci le contraddizioni dei sintomi nel vivo coi reperti della tavola anatomica, e ciò rimontando alla prima causa, all'intossicazione nervosa.

Vediamo, subito, perchè se l'uso di alcoolici giova a rallentare, l'uso eccessivo precipiti i fenomeni pellagrosi; vediamo perchè la pellagra si possa confondere coll'alcoolismo e colla paralisi generale, con cui ha comune l'adiposi epatica, cardiaca, la degenerazione gangliare, l'aracnoite, la mielite e la nefrite interstiziale, e quindi comprendiamo come siasi potuto asserire esservi alienati con pellagra, senza alimentazione maidica, che erano poi paralitici, od alcoolisti in ultimo stadio presi per pellagrosi. — Il così detto alcoolismo acuto (coi moti clonici, colla lingua fuligginosa, loquela imbarazzata, diarrea) è, come il tifo pellagroso, un'uremia, che dipende dall'adiposi renale. Questa stessa ragione spiega l'analogia, che il Rousel trovava tra la malattia saturnina, il narceismo e la pellagra, che hanno tutte analoghe lesioni anatomiche, e si mascherano, negli ultimi stadi, con forme uremiche.

Forse l'analogia (per es. delirio ambizioso, ineguaglianza della pupilla) dei pellagrosi coi paralitici dipende, oltrechè dalla uremia, da quella pachimeningite, che noi vidimo non rara nei pellagrosi. E qui si noti, come il lento avvelenamento fosforico, saturnino, ed alcoolico, non rare volte determini la paralisi generale progressiva, e spesso uremia.

Le gravi e profonde alterazioni, da noi trovate nei pellagrosi, spiegano l'ereditarietà della pellagra, e la sua resistenza al trattamento, quando sia giunta ad un certo stadio; mentre la tendenza all'atrofia dei visceri spiega l'influenza benefica, che esercitano in questa, come in tutte le intossicazioni, la buona dieta, la carne, e l'uso di caffè e di vino.

Le condizioni del sangue, quasi mai scarso di globuli e di fibrina, e le parziali iperemie, pro-

Digitized by Google

dotte dalle paralisi vasomotorie, nel cervello, nell' intestino, e nella cute, verificate in vita e alla tavola anatomica, ci fan comprendere come siasi potuto da tanti scienziati venerandi credere d' origine flogistica la pellagra, e come la si sia potuta curare senza danno col metodo antiflogistico (1). L' esistenza dell'uremia nei tifi pellagrosi spiega, come vi potessero esser tifo o meningite nei pellagrosi senza traccie anatomiche dell' uno e dell' altra; e mentre dà causa vinta a quelli, che non volevano si confondesse col tifo ordinario il tifo pellagroso, ne dà pur le ragioni, che ancor vi mancavano.

Restano ancora molti problemi a risolvere.

Perchè resistono di più alla cura gli individui più robusti e più ben nutriti?

E perchè questi vanno più esposti al tifo pellagroso degli altri? (2).

E come si spiega quell' intermittenza primaverile, che la pellagra ha comune coll'alcoolismo? (3).

E perchè la tubercolosi predomina nei pellagrosi del Tirolo, e scarseggia negli altri?

E come si curano quei pellagrosi, che resistono alla buona dieta, e all' uso del cloruro sodico, del piombo e dell' arsenico?

L' uremia tifica sarebb' ella un' acutizzazione di un' uremia cronica, di cui quelle nefriti, che trovansi anche in individui non tifosi, sarebbero indizio; e si spiegherebbero, con ciò, l' accesso così detto epilettiforme, le diarree e le paralisi intermittenti dei pellagrosi?

Perchè le membrane cerebrali essendo così frequentemente lese nei pellagrosi, pure le alterazioni psichiche non sono così universali in essi; ed anche quando si notano, sono sì spesso intermittenti?

Il poggiare sopra un fondamento anatomico e sperimentale ci dà modo di conciliare le contraddizioni degli antichi osservatori di questo morbo, contraddizioni che da ciò solo derivano, che essi preoccupavansi di un lato solo della questione.

Gli uni si arrestavano, nell' esame dei fenomeni, allo stadio di iperemia, e gli altri a quello dell' atrofia, e ora dicevano che la pellagra era una vera nevrosi, ora che era una cachessia, ora che era un effetto della flogosi, ora che era un effetto di anemia e d' insufficiente nutrizione.

Invece le analisi chimiche, micrografiche, le necroscopie, gli esperimenti e le osservazioni cliniche ci dimostrano, che i fenomeni pellagrosi provengono da un morbo del maiz, che induce un' intossicazione nervosa, la quale dà luogo, secondo i vari stadi, ad iperemie, ad atrofie, ad adiposi, ed a pigmentosi, offrendo, così, un punto di contatto a tutte le teorie finora invalse fra i pellagrologhi.

Questo accordo non solo fra i fatti clinici, anatomici e sperimentali, ma anche fra le opinioni più disparate degli antichi, ci porge lusinga di essere entrati nel cammino del vero.

(1) Senza parlare delle asserzioni del Robolotti, vediamo nel *Rendiconto* del Verga 1865, alcuni casi di pellagrosi guariti colla cura antiflogistica nell'Ospedale Maggiore di Milano. — « Venae sectio, scrisse Strambio, parca manu celebrata, nonnullis profuit.

(2) Se nel tifo pellagroso si notasse sempre l'adiposi renale e cardiaca ed epatica, la spiegazione sarebbe facile, ma ciò non accade sempre (Vedi Parte II. e V.).

(3) Due ipotesi si possono addurre a spiegare l'aumento degli accessi in primavera: la diminuzione dei fosfati del sangue nei mesi caldi; e l'azione dei primi caldi sul gran simpatico, e quindi sul cuore, che ci fu rivelata dal Wolff. Negli alienati, affetti al gran simpatico, appena la temperatura sale a 20, il calore paralizza la tonaca muscolare dei vasi, che si dilata, e ne nasce *iperemia* nei visceri, quindi meningite, e il polso si fa celere e bicroto. — Viceversa quando la temperatura cala a 5, il polso si fa tricroto, si rallenta, e si fa più piccolo. — Il freddo produce irritazione, che eccita i nervi vaso-motori, ed i vasi periferici si restringono (*Beobacht. über den Puls der Geistenkranken.* Berlin, 1869-70). — Ora in Marzo precisamente comincia la temperatura a toccare il 20.° grado. — Certo questa osservazione del Wolff giova a spiegare le morti improvvise dei pellagrosi nei grandi caldi, massime in quei casi, in cui appunto nulla altro si nota che atrofia cardiaca.

Prolusione al corso di Anatomia patologica nella Regia Università di Roma

FATTA DAL COMM:

CORRADO TOMMASI-CRUDELI

il giorno 19 *Dicembre* 1870.

Indagare le sedi e le cause delle malattie per mezzo di ricerche anatomiche, cioè studiando accuratamente tutte le alterazioni materiali che si producono nell' organismo durante il corso dei varii processi morbosi, è il còmpito della scienza che io sono chiamato a professare fra voi. Il solo enunciarvi lo scopo di questa scienza, vi dice che essa è una scienza incompleta; imperocchè siete già tanto innanzi negli studii della medicina, per conoscere quanto grande sia la deficienza delle nostre cognizioni sulle cause e sulla natura della maggior parte dei morbi che affliggono il corpo umano. Ed invero, per quanto grandi sieno state le conquiste che l' anatomia patologica ha fatte nel campo della etiologia e della nosologia, specialmente in questi ultimi 30 anni, essa è, e ri-

Digitized by Google

marrà lungamente, una scienza imperfetta. Ma imperfetta qual'è, essa è una scienza eminentemente progressiva, ed a ciò deve di essere considerata come il principal fondamento degli studii scientifici e clinici della medicina.

Nella storia di questa scienza vanno distinti due grandi periodi. Un primo, nel quale i medici si preoccuparono esclusivamente di raccogliere i fatti anatomici, che potevano servire alla illustrazione dei singoli casi pratici; ed un secondo, nel quale i fatti raccolti cominciarono ad essere sistematicamente coordinati a punti di vista generali, e si crearono le Istituzioni di Anatomia patologica. Quando e dove abbia avuto incominciamento il primo periodo, sarebbe difficile, forse anche impossibile, il dire; poichè in ogni epoca ed in ogni popolo, dappertutto dove i pregiudizii religiosi non vi si opponevano, si sono trovati dei medici, i quali hanno cercato di trar profitto per lo studio clinico dalle sezioni cadaveriche. Ed infatti, per tacere della medicina degli antichi popoli di Oriente, troppo fantastica per indirizzare le menti in questa via di penose e disgustose ricerche; per tacere degli antichi Israeliti, fra i quali pur sappiamo che talvolta venivano praticate delle autopsie, specialmente in cadaveri di donne e per scopo medico-legale, dai medici talmudisti, — noi troviamo già negli antichi scrittori greci e romani un abbondante materiale di Anatomia patologica nelle loro opere mediche, e sopratutto nelle chirurgiche. E dal medio-evo europeo fino al secolo 18.°, a misura che la medicina dogmatica e l'autorità assoluta degli scrittori greci, romani ed arabi davano luogo ad una scienza più positiva, e gli studii anatomici venivano riposti in onore, dapprima nelle scuole italiane, poi nelle francesi e tedesche, si andò via via accumulando una preziosa supellettile di studio anatomo-patologico. A questa Morgagni aggiunse il tesoro della sua esperienza e di quella del suo maestro Valsalva, in un libro che fu, è, e resterà sempre, un modello di sana critica, di giusto metodo di osservazioni, di incomparabile verità e chiarezza di descrizioni. Il libro di Morgagni segna il culmine del primo periodo della scienza nostra e nello stesso tempo ne segna la fine; poichè la innovazione da lui introdotta di ordinare i fatti anatomo-patologici, non più a seconda del complesso di sintomi presentati dal malato durante la vita, bensì a seconda dei sistemi anatomici, nei quali le alterazioni venivano riscontrate, non lasciava più che un passo da fare, perchè l'ingente massa dei fatti già conosciuti fosse riunita in un vero corpo di scienza, e le Istituzioni di Anatomia patologica fossero create.

Questo passo decisivo è stato fatto nel secolo nostro, per opera sopratutto di Carlo Rokitansky, al quale spetta incontrastabilmente la gloria di aver sollevata l'Anatomia patologica a dignità di scienza. Da lui incomincia quel grande e proficuo movimento che ha invasa tutta l'Europa, che ha condotto alla creazione della cattedra di Anatomia patologica in quasi ogni Università, ed ha generata una letteratura medica speciale così vasta, che la sola enumerazione dei trattati e delle monografie d'Anatomia patologica mi condurrebbe al di là dei limiti di una prelezione. Se non che in questo movimento scientifico, che tanto onora il secolo nostro, e tanto ha contribuito ai progressi della medicina, due fasi diverse debbono essere distinte. Nella prima di esse, i fatti Anatomo-patologici vennero studiati ed ordinati collo spirito che dominava in allora tutta la medicina; cioè quasi fossero qualche cosa di *ex se*, di distinto dai fatti fisiologici. Come si aveva una anatomia normale pel corpo umano in istato di salute, si ebbe una Anatomia patologica pel corpo umano in istato di malattia, e l'una si mantenne divisa dall'altra, quasi fossero due scienze diverse. Ed anco quando gli straordinarii progressi della chimica organica, e i perfezionamenti introdotti nella costruzione dei microscopii, permisero di chiamare in aiuto questi potenti mezzi di investigazione nello studio dei fatti patologici, quella distinzione si volle per lungo tempo mantenuta. E così si ebbe una Chimica patologica distinta dalla fisiologica, ed una Istologia patologica, la quale altro non era che una fina anatomia dei tessuti e prodotti morbosi. Le indagini microscopiche furono specialmente dirette ad accertare nelle produzioni patologiche dell'organismo l'esistenza di elementi speciali, anzi specifici; per modo da poter a prima giunta, dietro il semplice esame di alcuni di questi elementi, decidere della qualità e natura delle produzioni medesime. E nel battere questa via, alcuni si spinsero tant'oltre da credere, e far credere, di potere con questo semplice mezzo dichiarare, profetizzare quasi, se un prodotto patologico avrebbe avuto andamento benigno o maligno; per modo che, su tale responso, il clinico potesse fondare non solo la sua diagnosi, ma anche la sua prognosi, e rassicurare od atterrire a sua posta i malati e le famiglie. E così fu quando p. es. venne proclamata, ed in molte scuole d'Europa accettata, la dottrina della così detta - *cellula cancerosa* - quale un elemento specifico, e perciò caratteristico, dei tumori di natura maligna; la di cui esistenza in una nuova formazione patologica doveva di tutto far temere, e la di cui assenza del tutto rassicurare. L'esperienza clinica fece giustizia di queste ed altre pretese consimili, in grazia delle quali gli anatomo-patologi, con pochissima loro fatica, mediante una semplice ispezione microscopica di pochi elementi estratti da un tumore, si arrogavano il diritto di gettare il terrore od ispirare la serenità nell'animo dei medici e degli infermi.

Ma prima ancora che l'esperienza clinica fa-

Digitized by Google

cesse svanire queste pretese eccessive degli specificisti, il nuovo indizio degli studii fisiologici aveva aperta alle ricerche dei patologi una nuova via, la quale tendeva ad allontanarli da tali errori. Lo studio delle *forze* e delle combinazioni ed aggregazioni della materia, dalle quali esse hanno origine, sostituito a quello dei *fenomeni* nelle ricerche di fisiologia sperimentale, mentre dileguava per sempre le fantasie teoriche degli animisti e dei vitalisti, veniva nello stesso tempo a diminuire le tenebre così folte di quello spazio che separa gli avvenimenti, i quali formano il soggetto degli studii del medico, da quelli dei quali più specialmente si occupa il fisiologo. Quindi risorse negli animi, e sopra un ben più valido fondamento che per lo passato, la speranza di poter riconnettere la fisiologia alla patologia, e arrivare a formare di loro una unica scienza; non più spiegando, in un modo facile e sempre uniforme, i fenomeni che occorrono nell' umano organismo per mezzo delle qualità presunte di uno spirito animatore o della supposta forza vitale; ma dedicandosi allo studio paziente, penoso, indefesso, di tutte le modificazioni che avvengono nella composizione chimica dei tessuti e dei prodotti dell'organismo, nello stato delle forze che risultano dalle combinazioni ed aggregazioni della materia che li costituisce, ed infine nella loro struttura morfologica, mentre essi dallo stato di salute passano allo stato di malattia. I mezzi che la scienza moderna ha potuti offrire per questo studio sono così grandi, che in un tempo relativamente breve, tutti i varii rami della medicina hanno potuto essere avviati in questa nuova direzione, la quale tende a stabilire, e col tempo finirà collo stabilire, un legame di continuità fra la fisiologia e la patologia.

Prima che per ogni altro ramo delle mediche discipline, ciò avvenne per l'Anatomia patologica per opera del sommo Virchow e dei numerosi e valenti osservatori, i quali in Germania, poi in tutto il mondo scientifico, seguirono la strada tracciata da lui. Dal Virchow si intitola la seconda fase del periodo nel quale si trova la scienza nostra, come dal Rokitansky si intitola la prima; ed un raro esempio di buona fede scientifica e di spirito progressivo ci è stato dato da quest'ultimo, quando, nella seconda edizione del suo classico libro, lo abbiamo veduto entrare ancor esso in questa nuova fase scientifica con tutta la sincerità della quale è capace il di lui animo nobilissimo. Adesso dell'Anatomia patologica non si può più parlare come di uno studio destinato all'arida constatazione di forme anatomiche morbose, in rapporto coi soli fatti clinici; essa è divenuta una vera Fisiologia patologica, la quale non solo ha rischiarata, e va tuttodì rischiarando, la genesi di un gran numero di fenomeni morbosi, ma quella altresì di un grandissimo numero di processi morbosi; ed ha arricchita la nosologia, e poi la terapeutica, di nozioni le quali, fino a qualche anno fa, si dichiaravano da taluno non sperate e forse non sperabili mai. Gli sperimenti fisio-patologici e l'accurato studio delle metamorfosi, che gli elementi dei tessuti dell'organismo subiscono durante il passaggio di essi dallo stato fisiologico ad uno stato morboso, hanno più di tutto potentemente contribuito a farci ottenere questi grandi risultati. Perciò non si può adesso parlar più di una *Istologia patologica* come di qualche cosa di distinto dalla istologia normale. Ormai è provato, ed è uno dei più grandi meriti di Virchow di averlo provato, che gli elementi morfologici dei prodotti morbosi e delle nuove formazioni patologiche non deviano mai dai tipi che si trovano prestabiliti nell'organismo in stato fisiologico; che una vera eterologia non esiste mai; e che ogni elemento veramente eterogeneo all'organismo appartiene ai parassiti, che vengono da ogni lato ad assalirlo. E siccome d'altra parte è posta omai fuor di dubbio la successione legittima di questi elementi da genitori noti, cioè da elementi organici preesistenti, ed è rigettata del tutto ogni idea di una generazione spontanea dei medesimi da blastemi od essudati liquidi; risulta evidente la necessità di ricondurci sempre alla istologia normale di un tessuto, ogni qualvolta vogliamo studiare le alterazioni patologiche in esso avvenute. E ciò, non per paragonare soltanto gli elementi, che si incontrano nelle parti sane ed in quelle alterate del medesimo; nè per conoscere soltanto, per quali attributi di forma o di composizione chimica essi si distinguono gli uni dagli altri; bensì per determinare il modo col quale i secondi derivano dai primi, e le trasformazioni che questi subiscono onde giungere alla produzione di quelli. Nè questo è studio di interesse puramente scientifico. È a questo studio accurato e paziente, che, per tacer d'altro, abbiamo dovuto di vedere dileguati molti errori, i quali già avevano invaso il campo della clinica, in seguito alle dottrine sulla specificità delle cellule cancerose, dei corpuscoli tubercolari, delle placche midollari o *mieloplaxes* del Robin e Nélaton etc. etc., e di aver fornito alla terapeutica chirurgica delle nozioni preziose sulla zona morbigena, che si trova intorno alle nuove formazioni di natura maligna, e sulla possibilità di distruggere queste per sempre, soffocando il lavorio organico che ha luogo entro quella zona medesima. Vero è che questo metodo di studio rende necessarie delle ricerche lunghe ed assidue, a differenza dell'altro, col quale tutto era facile e piano, una volta accettate come inconcusse alcune dottrine sulle forme elementari dei prodotti patologici. Ma in nessuna scienza d'osservazione, e meno che in ogni altra nella medicina, la quale si avvolge in mezzo a fatti naturali così molteplici e così mi-

Digitized by Google

steriosi, è sperabile mai di conseguire risultati utili, serii e duraturi, per via di divinazioni, o per mezzo di ispezioni semplici e fugaci, eseguite sulla fede di affermazioni autoritarie, che non sono più consentanee nè ai nuovi costumi sociali, nè ai nuovi costumi scientifici. Nè è possibile alcun progresso in medicina, se non a patto di mettere a contribuzione tutte le scienze della natura, per servirci delle nozioni che esse possono fornirci nei loro avanzamenti continui, onde riprovare e rivedere sempre quello che già sappiamo; tenendoci sempre pronti a trovar domani imperfette ed erronee le nozioni, che oggi sembrano complete e sicure sopra i fatti complessi che formano il soggetto dei nostri studii. Per noi il dubbio è una condizione indispensabile di vera scienza, non il dubbio insolente della ignoranza presuntuosa e sprezzante, nè il dubbio vano e perpetuo dello scetticismo infingardo e infecondo; ma il dubbio virile ed illuminato dell'uomo di scienza, che non si acquieta di ciò che sa, ma si tien sempre pronto a ricercare se ciò che sa è giusto ed è vero, onde non precludersi la via a quei progressi, i quali, piuttosto che da nuove scoperte, sorgono dagli errori lealmente riconosciuti.

Tutto ciò che io vi ho detto fin qui, vi spiega perchè io abbia voluto unirmi al mio egregio collega prof. Moriggia, e fondar qui, non una Scuola di Anatomia patologica, ma un Istituto fisio-patologico, il quale rappresenti, ed applichi quotidianamente nella pratica, questa continuità degli studii fisiologici e patologici. Più tardi varrà a spiegarvi perchè ben raramente io vi riunirò in questo recinto, dove non potreste avere della scienza, che dovete apprendere, altre nozioni se non quelle che la mia voce potrebbe esporvi. Poichè la fortuna ha voluto, che a questo primo riordinamento della Università romana, sia stato preposto uno dei più attivi propagatori dello spirito scientifico moderno in Italia (1), il quale mi è stato largo degli aiuti occorrenti a fondare una scuola pratica; io potrò rendere in breve il mio corso interamente dimostrativo, e nello stesso tempo fornirvi i mezzi necessarii, onde possiate abituarvi ad osservare e fare da voi medesimi. In tutti i rami delle mediche discipline, ma specialmente in questo, il vedere coi proprii occhi e il fare da sè, ha un valore pratico infinitamente maggiore che l'udire. E sarà molto bene per voi che, fino dal principio della vostra carriera, prendiate l'abitudine di paragonar sempre ciò che udite dalla cattedra, con ciò che è frutto della vostra propria osservazione; la quale *sola* può abituare la mente vostra a quella ginnastica intellettuale, che è necessaria onde evitare le cagioni d'errore, e porvi nel caso di seguire, senza preoccupazione di sistemi, o culto cieco di persone, i progressi che la scienza va facendo ogni giorno. Così vi sarà risparmiato più tardi quello che non fu risparmiato a molti fra noi, i quali, dopo aver compiuti i loro studii nelle Università italiane, dove le abitudini accademiche erano tuttavia in tanto onore, dovettero rassegnarsi a cambiare del tutto la direzione dei loro studii, e rifare gran parte della loro educazione scientifica, se pur pretendevano di riuscire a qualche cosa di serio. Imperocchè, aggirandosi in mezzo ad altre nazioni, ebbero ad accorgersi, che la vera scienza non si acquista nè col leggere molto nè coll'udire molte belle lezioni, ma col vedere molto da sè, e sopratutto col fare molto da sè, iniziandosi per tempo a quelle industri e pazienti ricerche, che sono l'unico fondamento delle scienze di osservazione.

A tal proposito, lasciate che prima di dar termine a questa breve introduzione ai nostri studii, io vi spieghi chiaramente l'animo mio. Voi udrete probabilmente, se già non avete udito, parlare di questi studii, e del metodo col quale vengono diretti, come di una importazione germanica, come di una deviazione riprovevole e quasi fellonesca da ciò che si usa chiamare - la scienza nazionale -. Qualche anno fa si è udito dire lo stesso in altre parti d'Italia, dove taluno esclamava « essere veramente deplorabile e vergognoso che, dopo aver liberata l'Italia dal *giogo* » politico dell'Allemagna, le si imponesse *adesso* » il giogo scientifico della medesima ». Queste sono declamazioni puerili, le quali denotano, in chi se ne rende colpevole, l'assoluta mancanza di ogni vero concetto scientifico, poichè nessuna scienza, meno d'ogni altra una scienza di osservazione, si presta a queste distinzioni nazionali. La vera scienza è unica, come è unico il metodo col quale la si acquista; non è germanica, nè italiana, nè francese; e quando diviene tale, cessa dall'esistere come scienza, e si riduce ad una scuola, ad un sistema, ad una fazione scientifica. Bisogna però dire, che simili declamazioni non sempre sono state destituite di qualche fondamento. Per rendersene ragione, basta ricondursi col pensiero a ciò che avveniva fino a poco tempo fa, giù per su, in tutta Italia. Un giovane più specialmente dedicatosi alla parte scientifica della medicina, finiva i suoi studii in una Università italiana, e andava a visitare qualche Università estera. Usciva da paesi, nei quali, salve poche ed onorevoli eccezioni, tutto l'insegnamento era accademico ed autoritario nello stesso tempo, cioè si fondava quasi esclusivamente sulla parola viva del professore, il quale, *ex cathedra*, pronunziava sulle cose e sugli uomini di scienza dei giudizii ritenuti come inappellabili. Ben di rado gli era avvenuto di vedere una completa dimostrazione di fatto delle cose insegnate, più di rado ancora di

(1) Il Senatore Brioschi.

Digitized by Google

potersela procurare da sè medesimo. Nei piccoli stati, dai quali usciva, la pubblicità era ristrettissima, più ristretta ancora la prospettiva di una carriera scientifica; poichè l'avvenire di un giovane dipendeva interamente dal beneplacito di chi aveva delle posizioni già fatte, e mancava ogni possibilità di creare un pubblico scientifico indipendente dalle chiesuole di privilegiati, che facevano della pubblica istruzione una specie di monopolio. Usciva da una atmosfera opprimente, nella quale dominavano, o l'adorazione fanatica verso gli ingegni superiori, o l'ossequio timoroso verso i mediocri, i quali erano in posizione di poter fare del bene, e all'occasione molto male, a chi si iniziava nella carriera scientifica. E spesso ne usciva colla sincera convinzione di saper molto, perchè dalla prima infanzia fino al termine dei suoi studii universitarii gli era stato sempre ripetuto, che egli apparteneva ad una razza privilegiata, nella quale il genio era quasi una prerogativa aristocratica ereditaria, e dalla quale tutto si faceva e si pensava meglio che dalle altre nazioni di Europa, per una specie di diritto divino trasmessoci dai Romani, da Dante, da Machiavelli, da Galilei, ecc., che ci assicurava fino dalla nascita una tal quale maniera di scienza infusa.

Andava in paesi nei quali trovava uomini, che già avevano ripieno del loro nome tutto il mondo scientifico, e i quali, nel loro insegnamento, lungi dal prendere l'attitudine di Pitonesse infallibili, si comportavano quasi fossero i primi fra gli studenti. Trovava l'insegnamento cattedratico relegato in seconda linea, quello del laboratorio posto nella prima; la gioventù iniziata fino dai primi passi della sua carriera al lavoro indefesso, personale; abituata a rispettare il merito vero, a rendergli grandi onori ed offrirgli vistosi guadagni, ma repugnante, per natura e per educazione, alle ammirazioni servili ed ai culti idolatri. Vedeva l'abitudine del libero esame discesa dalle alte regioni della morale e della religione, in quella delle scienze di osservazione, e ciò, più che altrove, in Germania, dove, anche mancando le libertà politiche, era una vera repubblica nel dominio della scienza; dove la discussione delle opinioni era libera sempre, l'autorità non imposta mai. Assisteva ad esempii di liberalismo scientifico affatto nuovi per lui, come p. es. a quello di Virchow, nel laboratorio del quale, per opera dei suoi stessi assistenti e con mezzi forniti da lui, sono stati compiuti i più importanti fra i lavori, che hanno servito a modificare la di lui teoria sul tessuto connettivo; e, senza volerlo, rifletteva alla sorte, che sarebbe toccata in molte Università d'Italia ad un assistente, il quale si fosse permesso di avere delle idee scientifiche diverse da quelle del suo professore. E in conseguenza di questa larghezza di vedute, di questo rispetto reciproco, di questa serietà di propositi, di questa bontà del metodo di studio, vedeva dei giovanetti, ancora imberbi, addestrati a lavori, che fino allora egli aveva creduti non possibili ad altri che ad ingegni privilegiati; famigliare l'uso di strumenti scientifici, che egli aveva appena intraveduti da lontano con una specie di venerazione; tutte le novità scientifiche sottoposte ad una analisi accurata e paziente, e non rigettate od ammesse *a priori*, secondo le convenienze di questo o di quel sistema; sentiva insomma che egli incominciava a respirare in una atmosfera vivificante di progresso vero, e di una tal libertà di pensiero e d'azione, quale egli non aveva fino allora nemmeno sognata. E rientrando in sè stesso, dopo il primo momento di sconforto, presto arrivava ad intendere la necessità di cambiare interamente l'indirizzo dei suoi studii, se pur voleva mettersi in caso di stare a livello della scienza, qual'era nei paesi dove una vera repubblica scientifica esisteva.

Non è maraviglia se, dopo aver subito queste amare disillusioni, ed essersi sottoposto a questo nuovo tirocinio, taluno, borioso per carattere e tronfio della nuova scienza acquistata, o iroso per natura e incapace di consolarsi dei tanti anni perduti, o trascinato da abitudini servili, ormai troppo inveterate, a sostituire una adorazione fanatica pei nuovi maestri a quella che egli aveva avuta per gli antichi; tornando in Italia, affettasse per le cose e gli uomini del suo paese un disprezzo, spesso ingiusto, sempre condannabile. Ma queste, fortunatamente, furono rare eccezioni, le quali, se valsero a suscitare delle reazioni violenti, in nome della così detta scienza italiana, non valsero a giustificarle. Imperocchè molti altri vi furono, i quali, pur mettendosi in una nuova via scientifica, non mancarono mai nè alla gratitudine che dovevano ai loro antichi maestri, nè al rispetto al quale avean diritto i loro colleghi; nè mai dimenticarono, che alcuni di quei loro maestri avevano preconizzato in Italia i nuovi metodi di studio, senza poterli tradurre in atto, per mancanza di mezzi adeguati. E se ad essi fu dato di farlo, di ciò non menarono un vanto inane e immodesto, perchè avevano la coscienza che, più che ai meriti proprii, dovevano alle mutate condizioni del paese di poterlo fare. L'unificazione d'Italia aveva abbattute le dighe, che suddividevano il pubblico scientifico italiano in tante piccole società di mutua ammirazione o di mutua denigrazione; aveva aperto un campo vasto ed ubertoso a tutte le attività; e reso possibile quel mescolamento di cose, di persone e di idee, che oggi ci fa parere incredibile di aver vissuto come vivevamo fino a 10 anni or sono. La grande libertà italiana, assicurando la pubblicità di tutto, sottraendo l'avvenire della gioventù alle protezioni o malevolenze capricciose delle auto-

Digitized by Google

rità scientifiche esistenti, e ponendo a capo del riordinamento universitario uomini animati dal moderno spirito scientifico, e penetrati della necessità di mutare l'indirizzo degli studii in Italia, aveva messo a loro disposizione dei mezzi nuovi e, relativamente allo stato anteriore del paese, grandi. Di questi mezzi essi si valsero nell'intento di connettere un rinnovamento delle abitudini scientifiche dell'Italia al suo rinnovamento sociale e politico; non per via di rivoluzioni violenti, che provocano le violenti reazioni, e conducono per lo più all'ingiustizia; ma coll'iniziare la gioventù al lavoro personale e a quella virile indipendenza di pensiero, che deve essere la prima prerogativa dell'uomo libero, e col distoglierla dal culto cieco delle autorità, cominciando da quello della loro stessa persona. Opera non prestigiosa, non brillante, ma onesta, ristretta dapprima a pochi centri, adesso diffusa a quasi tutta Italia, e resa ogni dì più efficace dalle abitudini di sana libertà, che si infiltrano in tutte le classi delle popolazioni nostre, la quale finirà, spero, col creare in Italia un pubblico scientifico degno di un popolo libero.

Giovani! La libertà della quale vedete adesso risplendere il primo albore su questa città, chiamata per la terza volta a destini pari all'immenso suo nome, ha già portati grandi e benefici frutti in tutta Italia. Essa è stata talvolta abusata, talvolta adoperata a sfogo di piccole vanità o di personali rancori, ma, nel tutt'insieme, la di lei azione è stata grandemente proficua; poichè, non fosse altro, essa ci ha servito a conoscere noi stessi. Ad essa dobbiamo di aver scoperto, con dolore e sorpresa infinita, che, dopo la Russia, noi siamo la nazione più ignorante dell'Europa civile, e che questa nostra ignoranza è la cagion prima del basso stato delle nostre industrie, della scarsità dei nostri commerci, della povertà nostra. Prima ancora che gli esempii di Sadowa, di Sedan e di Metz avessero dimostrato, con una così terribile evidenza, quale enorme superiorità una forte e diffusa cultura intellettuale possa dare ad un popolo, e quanta verità si contenesse in quel detto del mio povero Carlo De Cristoforis, ucciso a S. Fermo, che « *la vittoria appartiene di diritto alle nazioni più sapienti* »; essa ci aveva spinti a curare con energici provvedimenti questa orribile piaga d'ignoranza, che è il più grande fra i pericoli che minacciano l'essere civile, economico e politico del nostro paese. D'anno in anno gli sforzi diretti a questo fine sono andati moltiplicandosi fra noi: forse domani il nuovo Parlamento compirà l'opera santissima, rendendo obbligatoria in tutta Italia l'educazione primaria, e ricostituendo l'esercito su delle basi, che eccitino la gioventù italiana ad affollarsi negli istituti di educazione secondaria. A voi, già così innanzi negli studii superiori, spetta di coronare degnamente questo edificio di forza intellettuale, necessario alla grandezza, forse alla salute, della nostra nazione. Nè crediate che la specialità dei vostri studii vi esenti dall'obbligo, che la vostra qualità di liberi cittadini v'impone, di fare ogni sforzo perchè la nuova generazione scientifica d'Italia valga più della presente. Imperocchè tutte le colture si concatenano fra loro, e non da questa piuttosto che da quella, ma dalla vita rigogliosa ed armonica di tutte, scaturisce la gloria, la prosperità e la potenza di un popolo.

Noi della nostra generazione, potremo fare poco più che additarvi la via, che dovete seguire per raggiungere questa nobile meta. La miglior parte della nostra vita si è spesa nelle lotte militari e politiche, che hanno condotto al rinnuovamento italiano, o nel ricercare penosamente quali fossero i migliori metodi di studio, e quasi nessuno di noi ha fatto per la scienza quello, che, forse in tempi e in condizioni diverse avrebbe potuto fare. Ma appunto perchè noi abbiamo vissuto in un'epoca di transizione, e siamo passati a traverso una lunga trafila di incertezze e di trepidazioni, paurosi come fummo per tanti anni di vedere ad ogni tratto l'ignoranza, e le corruttele che le conseguono, rovinare l'opera dei nostri pensatori e dei nostri martiri; noi abbiamo più di voi la coscienza di ciò che ci manca, per essere degni della grande libertà, che adesso allieta e rinnuova l'Italia. Ed ora che il periodo rivoluzionario del rivolgimento italiano è finito, e con lui *è finita* la necessità delle grandi audacie e degli eroici sacrifizii, ed incomincia quella dei fermi proponimenti e del lavoro perseverante; noi, della dolorosa esperienza che facemmo, potremo giovarci per eccitarvi ad essere meno invidiosi, meno queruli, meno vanitosi e più veramente dotti, che noi non fummo. Noi della nostra pochezza e dei nostri difetti potemmo incolpare in gran parte, e le agitazioni della nostra gioventù, e le antiche divisioni d'Italia, e la perversità di governi corruttori e tirannici; ma voi nol potreste. Davanti a voi si dischiude un vastissimo campo d'azione - l'Italia intera - ed in questo vastissimo campo avrete piena libertà di muovervi e di operare, senza mendicare protezioni o temere ostilità di persone autorevoli, e dappertutto vi troverete dei mezzi di studio, molto migliori e più ricchi di quelli che furono offerti a noi. Se, ad onta di tutto questo, non riuscirete a superarci di gran lunga, e come cittadini e come uomini di scienza, ciò vorrà dire, sventuratamente per l'Italia, che valete ancor meno di noi.

Digitized by Google

Sul clorato di potassa nel cistovario

PEL

DOTT. FERDINANDO TURCHI.

Pratelli Maria d'anni 29, sartrice, maritata e senza prole, entrava nella Clinica Chirurgica del Prof. Loreta il giorno 30 Aprile 1870.

Nata da robusti e laboriosi contadini di Cattolica presso Rimini, perdette il padre di colera nel 1855; le rimangono la madre settuagenaria, 5 fratelli ed una sorella, tutti di sana complessione e di salute invidiabile. — Datasi assai presto ai lavori campestri, vi si adoperò con zelo superiore alla sua età, e non ebbe malattia alcuna di rilievo fino all'11.° anno, in cui soffrì per la prima volta di febbri gastriche, che la tennero in letto per circa tre settimane, e che superò mercè l'aiuto di parecchi rimedi. — Le mestruazioni apparvero al 12.° anno, e ritornarono poi sempre regolari.

Nel 18.° andò a marito, ed ai lavori del campo surrogò quelli di sartrice, cui poscia avvicendava col servizio di cantoniera nelle ferrovie meridionali, menando però una vita comoda e regolata. Volsero così i primi due anni di matrimonio senza alterazioni nella salute, e senza aver prole, quando a 20 anni la incolse una indisposizione, di cui ella fornisce i seguenti caratteri: un intimo sentimento di malessere, un'ambascia smaniosa, il senso di un boccone alla gola, un leggiero grado di palpito di cuore, quasi alternando la rendevano triste e scontenta, quando sopraggiunse un dolore ottuso, sempre uguale, opprimente, all'epigastro, massime dopo l'ingestione di qualsiasi cibo, ed incitamento al vomito, peso alla testa, flacchezza alle gambe. La donna non sapendo darsene ragione, dopo qualche mese per consiglio medico si sottoponeva alla cura dell'acido citrico e bicarbonato di soda; fatto sta, che scorsi 6 giorni perfettamente risanava. Nel volgere del primo semestre del 1867 fu colpita dalla non comparsa degli scoli mestruali, non attribuibile ad alcuna causa a lei cognita, e notò la esistenza di un flusso bianco quasi mai interrotto per 5 o 6 mesi, e non poche fiate abbondantissimo. Questa perdita, che non cagionava molestia, alla sua volta si arrestò senza cura veruna, ripigliando poscia i mestrui il loro corso regolare, con ritorno della sua salute nel secondo semestre del medesimo anno.

In sul finire di questo veniva presa, senza precedenza eziologica, da trafitture all'epigastrio, che irradiavansi nel quadrante sinistro inferiore del ventre, e nel contempo sentiva i visceri addominali come stretti o stirati da corde; non risentendone tuttavia gran turbamento nel fisico, continuava le proprie incombenze. Le mestruazioni si mantenevano normali, e solo prestavasi al coito malvolentieri. Durò 8 mesi in tali condizioni senza farvi gran caso, e non fu che nell'Aprile del 1868, che crescendole i dolori e la svogliatezza all'atto sessuale (che si compiva assai di frequente) fece ricorso ad un flebotomo del paese, che le prescriveva cataplasmi di linseme all'epigastrio per 7 od 8 sere, e successivamente 8 mignatte ivi stesso, e 6 vescicanti l'uno dopo l'altro. Il risultato parve fosse poco soddisfacente, poichè se pur si ottusero i dolori dell'epigastrio, più vivi ed intensi si fecero quelli del quadrante inferiore di sinistra, che il più lieve tocco risvegliava acerbissimi. Nel Giugno ebbe ricorso ad un medico, il quale disse di avere rinvenuto una durezza limitabile, del volume di un uovo di piccione, al lato sinistro ed inferiore del ventre, e poscia ad un chirurgo, il quale avendola attribuita a malattia dell'ovaio sinistro, ordinò pennellazioni di tintura di iodio, cura che fu protratta per ben tre mesi senza il menomo giovamento. L'inferma intanto non poteva giacere a sinistra, il ventre gonfiavasi vie più, e i dolori persistevano tenacemente. Giunse così fino al Marzo del 1869, quando essa stessa si accorse della presenza di un tumore nel ventre, della grandezza di un pugno, duro, liscio, mobilissimo, che sentiva muoversi nell'adagiarsi sui fianchi, e che col suo peso le difficoltava la deambulazione. Un chirurgo chiamato le prescrisse 12 mignatte al ventre, e più tardi un altro chirurgo 12 altre mignatte al collo uterino, e tutto senza alcun risultato. Nei mesi successivi lo scolo mestruale si arrestava a quando a quando, e veniva in copia solo allora quando faticava o camminava di soverchio. Da ultimo il tumore, pel continuo aumentare di mole, cominciò a produrre molestia penosa nelle funzioni del retto e della vescica, particolarmente nell'epoca mestruale; e poco giovando a mitigare i dolori i cataplasmi di linseme, e per uso interno le goccie laudanate e la morfina, l'inferma si decise di entrare nella Clinica Chirurgica.

All'esame obbiettivo troviamo una donna robusta, ben conformata. Al capo e al petto non avvi alcuna anomalia. Il ventre si presenta tumido, e al palpamento si sente una durezza generale data dalla tensione dei muscoli addominali, e pigiando più profondamente si rileva una durezza anche maggiore, che occupa circa la metà inferiore del ventre, attribuibile ad un tumore di forma rotondeggiante, a margini bene distinti e arrotondati, di consistenza molto elastica, in niun punto decisamente fluttuante, più duro nel quadrante inferiore destro che nel resto della sua superficie, dolentissimo al palpamento, ed anche spontaneamente, e massime al quadrante inferiore sinistro. Colla percussione si ottiene sul tumore un suono ottuso, e la forma dell'area di ottusità è conforme a quella avuta col palpamento, e così si disegna sul ventre una linea semicircolare avente la sua concavità in basso; negli altri punti del ventre,

Digitized by Google

ed anche nelle regioni lombari, sonorità. — Cercando di spostare il tumore colle mani applicate sul ventre, vi si riesce appena, talchè sarebbe sembrato il tumore aderente alla parete addominale. Combinando poi questa manovra colla esplorazione vaginale, si rende manifesto un rapporto diretto fra il tumore e l'utero, in quantochè questo si sposta esattamente nella direzione di quello nell'atto che gli si imprimono quei limitati movimenti, che pure sono possibili; l'utero è abbassato, il suo orifizio guarda a sinistra, in avanti e in alto, e nel fornice posteriore della vagina si sente protuberare il tumore, che sembravi incuneato.

Questi dati obbiettivi autorizzano la diagnosi di cistovario multiloculare.

Essendoci noti gli studi del Craig, il quale vanta di avere ottenuti dei grandi successi nel cistovario coll'uso interno del clorato di potassa, sicchè egli sentenzia, «che non sarebbe più permesso da oggi innanzi di praticare l'ovariotomia senza avere precedentemente fatto uso del clorato di potassa a soluzione satura» (1), il Prof. Loreta stimò opportuno, dietro mia proposta, di sperimentare in questo caso l'efficacia tanto vantata, non trovando alcuna circostanza che gliene dissuadesse l'impiego.

Riepilogo del diario.

17 Maggio			
Diametro verticale della cisti	Centim.	21	Clorato di potassa a centigrammi 10 in 60 gram. di acqua. (Si credette bene incominciare con dose di 5 a 10 centigrammi al giorno, gradatamente crescente).
» trasverso »	»	24	
Circonfer. addominale sotto l'arco costale	»	72	
» all'ombellico	»	83	
Fra le due creste anter. super. degli ilei	»	23	
24 Maggio			
Diametro verticale	»	24	Clorato a centigr. 50 (Si cresce di 10 centigr. al giorno). Produce discreta salivazione.
» trasverso	»	25	
Circonfer. addominale sotto l'arco . . .	»	73, 5	
» all'ombellico	»	86	
Fra le creste ant. sup. degli ilei . . .	»	23, 5	
25 Maggio			
Diametro verticale	»	26	Clorato a un grammo e centigr. 5.
» trasverso	»	28	
Circonfer. addominale sotto l'arco . .	»	74	
» all'ombellico	»	87 (abbon.)	
Fra le creste ant. sup. degli ilei . . .	»	25	

Il 1.° Giugno la dose era giunta a un grammo e centigr. 20, e si sarebbe seguitato a crescerla, se l'inferma non si fosse rifiutata recisamente di prendere il rimedio, per essere insorta cefalea, ptialismo, nausea, considerevole grado di stranguria, dolori addominali ecc., i quali fenomeni molesti cessarono poco dopo la sospensione del rimedio.

Essa uscì dalla Clinica il 24 Luglio, 54 giorni dopo la sospensione del clorato di potassa (1).

Il risultato è stato affatto nullo, perchè non solo il clorato qui non ha prodotto la *sensibile miglioria*, che il Craig promette anche per *prima della fine della terza settimana*, ma non ha tampoco impedito l'aumento della cisti, rilevato dalla misurazione, la quale dopo l'uso del rimedio mostrò un incremento di 5 centimetri nel diametro verticale, e di 3 nel trasverso. E si noti che l'inferma disse di averlo forse preso altre volte nelle cure fatte in precedenza. Vero è che la contrarietà dell'inferma ci ha impedito di continuare l'uso del farmaco per molto tempo, come il Craig fece in una delle sue osservazioni (10-12 mesi).

Questo autore riferisce quattro casi in appoggio della sua opinione; in due la scomparsa della cisti è stata completa, in un terzo incompleta, ed incerta nel quarto per cessazione del rimedio. Non volendo punto impugnare la veracità di tali osservazioni nell'atto che dubitiamo della reale efficacia del rimedio in questi casi, noi non dobbiamo perdere di vista la possibilità di una guarigione spontanea (2), sia pel fatto di un riassor-

(1) Questa inferma fu poi operata nell'Ospedale del Ricovero dal Dott. Giuseppe Ruggi nel Settembre decorso, con esito di morte dopo 12 giorni dall'operazione. — L'esame del pezzo anatomico mostrò una cisti multiloculare dell'ovario (Vedi *L'Ippocratico*, 30 Settembre 1870).

(1) Gaz. des Hôpitaux. — Riforma Clinica di Napoli, 1866.

(2) Il Prof. Loreta ha osservato nella sua Clinica, durante le vacanze autunnali passate, in donna di anni 45, che da 7 anni era affetta da voluminoso cistovario destro, curata precedentemente dai Dottori Leopoldo Golinelli e Giuseppe Mischiati, una guarigione completa di detto tumore, avvenuta in 6 settimane, col semplice uso di irrigazioni vaginali fredde e di doccie all'ipogastro.

Digitized by Google

bimento totale del liquido effuso (cosa ammissibile teoricamente, piuttostochè dimostrata indubbiamente in pratica), sia per rottura della cisti, sia per cambiamenti nutritivi apportati nel tumore da una peritonite traumatica, come in un caso singolarissimo osservato nella Clinica dello stesso Prof. Loreta nell'anno 1869.

Con la descrizione di questo nostro caso non s'intende punto di avere abbattuta la opinione del Craig, al che occorrono numerose e diligenti osservazioni in contrario; essa ci ha servito solo quale un motivo per esternare un dubbio.

RIVISTA PSICHIATRICA

DEL

Prof. CESARE LOMBROSO

Hoffmann. *Einige pathologisch-anatomische Warnemingen bij de Lihopeningen. Amsterdam,* 1868.

Thurnam. *On the weight of the human braid. London,* 1870.

Nasse. *Untersuchungen über das specifisch. Hirngewicht bei den Geistenkranken.* 1869.

Lindsay. *Case of insanity of arctic country.* 1870.

Thompson. *The ered. nature of crime. London,* 1870.

Clouston. *Observal. on the temperature of the body of the insane. London,* 1868.

Wolff. *Beobachtungen üb. den Puls der Geistenkranken. Berlin,* 1869-70.

Hoffmann. *Eterotopie der Gehirnsubstanz. Berlin,* 1870.

Mayer. *Crania progenæa. Archiv f. Psychiatrie. Berlin,* 1, 1869.

Westphal. *Ueber ein eigenthümlich. Verhalten secundar. Degeneration. Berlin,* 1870.

— *Ueber künstlich erzeugte Degeneration. Berlin,* 1870.

Simon. *Ueber den Zustand des Rückenmarcks. Berlin,* 1870.

Westphal. *Die conträre Sexualempfindungen. Archiv. f. Psychiatrie. Berlin,* 1870.

Zani. *Intorno all'efficacia ipnotica del cloralio. Bologna,* 1870.

Lombroso. *Nuovo strumento per l'alimentazione artificiale. Milano,* 1870.

— *Lunghezza dell'avambraccio in un maniaco microcefalo. Milano,* 1870.

Verga. *Se il matrimonio contribuisca alla pazzia. Discorso. Milano,* 1870. — *Se il celibato predisponga alla pazzia. Discorso. Milano,* 1869.

Zani. *Intorno alcuni fatti di pazzia susseguiti ai disordini pel macinato. Bologna,* 1870.

Biffi. *Caso d'infissione di un ago nel cuore di un alienato. Milano,* 1870.

La scuola somatica, che in Italia e in Francia attecchisce pur troppo sporadicamente, là dove soltanto alle fantasmagorie vitalistiche ed agli studi semi-mitologici di medicina si sostituirono studi severi e profondi di anatomia e di fisiologia, questa scuola ormai regna così sovrana in Germania, in Inghilterra, in Olanda, che colà non si pensa ormai più a discuterne; il problema si riguarda come risolto, e si procede all'esame dei fatti.

Un esempio me ne fornisce il rendiconto dell'olandese Hoffmann, che è forse il più prezioso repertorio dell'anatomia patologica ed istologica della pazzia, che si possegga finora.

Sopra 642 ricoverati all'ospizio di Meerenberg nel 1866 morirono 49 individui, di cui 41 vennero sezionati, e diedero i seguenti risultati:

La sclerosi del cranio venne (ed io pure l'avvertì, V. *Medicina legale degli alienati,* 1861) notata 28 volte, e sopratutto era frequente nei dementi ed epilettici.

Una volta si riscontrò una parziale atrofia della volta cranica.

In un idiota si rinvenne microcefalia e dolicocefalia; in altra idiota epilettica, microcefalia e clinocefalia.

20 volte venne avvertito l'ispessimento e l'aderenza della dura madre, 2 volte anche con ematomi della dura madre; 2 volte notaronsi piccole ossificazioni in dementi.

23 volte si riscontrò l'ispessimento dell'aracnoide, con deposito di pigmento dello spessore di 0,012 a 0,026.

22 volte si riscontrò passiva iperemia della pia madre (in epilettici morti asfittici sotto l'accesso, l'iperemia avea raggiunto un grado singolare); l'aderenza alla sostanza corticale della pia madre venne riscontrata 8 volte nella paralisi generale, 2 volte in melancolici, 3 in epilettici, 1 in maniaco, 2 in dementi.

Una sola volta in un paralitico morto di ematoma della dura madre ebbe a trovare l'autore una meningite purulenta.

Nel cervello 8 volte si verificò asimetria (6 del sinistro emisfero), 3 in epilettici, 2 in idioti, 3 in melancolici e dementi.

8 volte si rinvenne l'atrofia delle circonvoluzioni.

3 volte si rinvenne rammollimento; 1 volta nel corpo striato e nel talamo ottico si ritrovò un tumore grosso come una fava, che conteneva corpuscoli amiloidi, mielina, cellule di pigmento.

12 volte si riscontrò idrocefalia interna acquisita; quasi sempre si notò atrofia del cervello nei paralitici; si riscontrò 3 volte piccolezza del ventricolo laterale in idioti; 22 asimetria dei ventricoli laterali (i corni anteriori erano però assai raramente asimetrici).

24 volte si riscontrarono cisti nei plessi coroidei dei ventricoli laterali; per lo più sierose, 4 volte erano colloidee; la più grossa si rinvenne in un paralitico.

Nei plessi coroidei del terzo ventricolo 3 volte si rinvennero cisti sierose, 1 volta insieme a psammoma poliposo.

Nei plessi del quarto ventricolo si rinvenne 8 volte proliferazione con psammomi, 4 in dementi, 1 in melancolico, 1 in imbecille.

In un melancolico si rinvenne un idrope enorme cistico della glandola pineale; 2 volte ipertrofia della medesima.

Appena 2 volte su 41 si rinvennero integri al microscopio

Digitized by Google

i vasi arteriosi e capillari cerebrali degli alienati; 1 volta si rinvenne aneurisma insieme a un tumore dell'emisfero cerebrale; 8 volte degenerazione amilacea, 2 in paralitici nella tonaca intima delle arterie, 2 in idiota, 1 in un imbecille, 2 in dementi, in 1 insieme a tumore del cervello; 16 volte poi si rinvenne degenerazione adiposa dei capillari del cervello, quasi sempre insieme a deposito di pigmento; 1 volta si rinvenne un gliosarcoma del cervello, analogo a quello notato dal Virchow.

39 volte sopra 41 esaminati trovò deposito di globuli di pigmento nell'avventizia vasale; 5 volte notò degenerazione ateromatosa, in 2 casi estesa fino ai vasi più piccoli.

Nella paralisi progressiva constatò la scoperta di Meyer, che le pareti dei capillari e dei piccoli vasi cerebrali sono assai ingrossate per strati di connettivo ricco di cellule con nuclei spiccati e con doppio nucleolo.

La tubercolosi si riscontrò 6 volte.

La pneumonia cruposa 9 volte; 2 la pleuro-polmonite; 1 la gangrena polmonale in una dissenterica.

2 volte rinvennesi stenosi della valvola semilunare, e ipertrofia del ventricolo sinistro; 3 volte insufficienza della bicuspidale.

Una volta si notò un'ulcera del ventricolo, ed una volta un carcinoma fibroso del piloro; una volta enterite catarrale; 3 volte stretture dell'intestino, in melancolici tutte; 2 volte dissenteria catarrale, con essudato cruposo del crasso; 2 volte peritonite diffusa; 2 volte si notarono ascaridi in gran quantità.

L'adiposi del fegato fu comunissima.

In un caso di mania puerperale si trovò l'utero iperemico, e rammollite le fibre muscolari dell'utero. In una ottantenne, che era, malgrado la vecchiaia, erotica, si notò l'ipertrofia dell'utero, che era pieno di muco sanguigno.

In parecchi alienati, in ispecie dementi, rinvenne col reattivo di Müller nella sostanza corticale del cervello alcuni corpuscoli, lucidi, contratti, triangolari, grandi da 0,009''' a 0,015''', di natura ignota, che l'autore crede l'esito di quella degenerazione pigmentale ed adiposa, che in quei casi era assai avanzata. In una maniaca furibonda, in una melancolica sitofoba, notò dei corpi simili a nuclei gangliari liberi a 2 e 3, e senza nucleoli. I corpuscoli gangliari erano rigonfi, a grande periferia, e contenevano da 2 a 3 nuclei.

Nei talami ottici d'un epilettico di 83 anni, morto dopo 23 anni di morbo, rinvenne delle macchie scure della grandezza di un pisello, il cui colore dipendeva dalla degenerazione pigmentale delle vicine cellule gangliari. In altro epilettico trovò la pigmentazione di un talamo ottico destro; in due altri casi, ove esistevano da anni allucinazioni ottiche, apparivano pigmentate le cellule dei talami ottici, in uno anche quelle del pavimento del quarto ventricolo, ed era un infelice soggetto ad allucinazioni acustiche.

Una monografia delle più preziose è quella di Thurnam sul *peso del cervello dei pazzi*, condotta su 257 uomini e 213 donne dell'asilo di Wilt. — Il cervello della donna sta a quello dell'uomo come 90 a 100, secondo i calcoli di Welcker; ora, secondo i risultati di Thurnam, quello delle pazze sta come 91 a 100; quello delle idiote, in confronto con idioti maschi, sta come 82 a 84. Vi è dunque un ravvicinamento in questi ultimi fra i due sessi, il che, aggiungerò io, notasi pure nell'uomo di razza inferiore, nel Boschimane e nel Negro.

Il cerv. dei sani da 20 a 60 anni, nei maschi pesa 1390 grm. in Germania
» » » » pesa 1354 in Inghilterra
» » » nelle femmine pesa 1250 in Germania
» » » » pesa 1221 in Inghilterra

Quello dei pazzi pesa da 1320 a 1312 a 1380 nei maschi
» 1224 a 1164 a 1220 nelle femmine

Cosa notevole è che il cervelletto, pesante nei sani da 174 a 178, — nei pazzi invece pesi di più, cioè da 181 a 191 a 185; dunque il cervelletto non segue nei pazzi l'atrofia, che pur ha luogo nel cervello propriamente detto.

Similmente la sostanza grigia nei pazzi pesa più che nei sani, avendo nei primi la gravità specifica di 1,0362, e nei secondi di 1,0323.

Viceversa succede della sostanza bianca, meno pesante nei matti, 1,0406, di quella dei sani, 1,0408.

In alcuni idioti il cervello pesa 1167 grammi, e in tre microcefali scemò fino a 246 a 283 a 300 grammi.

In alcuni pochi megalocefali pazzi, per lo più epilettici ed idrocefalici, il cervello giunse a 1665 grammi, e in uno citato da Parchappe, a 1787.

Sull'argomento del *peso specifico del cervello*, il Nasse pubblicò una bella monografia.

Il peso specifico del cervello è minore del cerebellare, come 1037 a 1042; quello della sostanza corticale è minore della midollare, come 1029 a 1038. — Bastian troverebbe variazioni nelle varie circonvoluzioni

la circonvoluzione frontale	destra 1027,	sinistra 1029	
» occipitale	» 1032	» 1030	
» parietale	» 1030	» —	

Il peso del midollo, che è di 1028, è minore del cerebrale.

Il massimo del peso del cervello è fra i 40 e 50 anni.

Nella pazzia con iperemia cerebrale il peso della sostanza corticale appare di 1031, midollare 1039

se con anemia	» 1028	» 1036	
» rammollimento	» 1028	» 1036	
» siero nei ventricoli	» 1029	» 1038	
» paralisi progressiva	» 1027	» 1036	
» idiozia e demenza	» 1039	» 1030	

Diminuisce il peso della sostanza corticale nelle paresi, nell'anemia, e cresce nell'idiozia; il midollare diminuisce nell'idiozia, e cresce nell'idrope.

Secondo Mandel il cervello normale è di ¼ a ⅓ di grado R. più freddo dell'intestino.

Nelle *regioni circumpolari* la pazzia colpisce gli uomini in proporzione maggiore che nelle temperate, sicchè ne resta affetto 1 pazzo ogni 100 sani.

Lindsay, che la studiava sul sito, cerca darne la ragione, e la troverebbe nei cibi indigesti, putridi, di pesce, nell'assenza della luce, nel freddo, nella vita monotona. Anche

Digitized by Google

i cani sembrano subire analoghe azioni, e si vedono abbaiare con tuono insueto, e correre senza causa, e rimaner mutoli, apatici, e cadere epilettici. — Su 151 pazzi dei paesi artici, curati a Christiania, 71 erano melancolici, 43 maniaci.

Thompson ritorna su quel triste argomento dell'*analogia del delitto col crimine*. Egli trova che un terzo dei condannati è affetto da imbecillità; su 5432 580 erano imbecilli
36 » sucidi
57 » epilettici.

Grande è l'azione dell'*eredità*. 109 prigionieri appartenevano a 50 famiglie; in una di queste vi erano 5 condannati, 1 maschio e 4 femmine, e una figlia di una di queste è ladra. — Tutti i criminali vanno soggetti specialmente alle infermità, cui vanno soggetti i pazzi, meningiti, paresi, scrofola.

In proposito dei criminali Beddaert fece uno studio sulla statura e sul peso degli Irlandesi e Scozzesi, e trovò che i criminali pesano meno dei sani, e i pazzi pesano meno dei criminali.

Importanti sono le *osservazioni sulla temperatura degli alienati*, fatte da quell'esperimentatissimo osservatore, che è il Clouston, lo scopritore della *mania tisica*, su 305 pazienti, confrontandola in pari tempo con quella di 40 individui sani.

Risultò la temperatura dei sani in media di 97, 5 *Fahrenheit* al mattino, e 96, 7 alla sera, in media 97, 09; quella dei pazzi invece 97, 31 al mattino, 97, 19 alla sera, in media 97, 25, dunque più alta dei sani.

La temperatura si mostra più alta nelle *manie tisiche* 98, 47, nelle paralitiche 98; scende poi nella mania acuta 97, 6, nella epilessia 97, 42, melancolia 97, 21, mania 97, 13, demenza completa 96, 98, in cui è più bassa che nei sani.

Alle cifre sì bene adoperate, e a fatti sì numerosi non si potrebbe opporre che una serie di altri fatti altrettanto numerosi, e perciò io non intendo opporre come critica, ma come semplice appunto, l'osservazione che nelle mie note cliniche trovo prevalere la temperatura alta negli epilettici dopo replicati accessi, nei paralitici nel parossisma, e invece la minima mi si offerse sempre nella *melancolia apatica;* in questa anzi è più bassa che nella demenza, avendo trovato due melancoliche con 35, 70 C.° Forse dipende la differenza dall'avere il Clouston insieme esaminate le melancolie epatiche colle eretistiche.

Un carattere termometrico delle pazzie è, che in esse la temperatura offre meno differenza del normale tra il mattino e la sera.

Nella paralisi generale la temperatura della sera è più alta di quella del mattino.

Il parossismo accresce la temperatura, nel maniaco periodico a lunghi periodi, di 2 gradi F., e in quello a corti periodi di 11; nel paralitico perfino di 5.

L'accesso epilettico deprime dapprima la temperatura di un 75° di grado (io invece avrei osservato il contrario), poi la rialza di poco; ma vi è differenza in ciò, se il paziente ebbe l'accesso nel sonno o nella veglia; — invece l'accesso epilettiforme del paralitico accresce la temperatura sempre di 2 a 6 gradi.

Nei vecchi è più bassa la temperatura, in ispecie verso il mattino, di 63 frazioni di grado; nella sera sale di 14.

Il *polso* si comporta come la temperatura; è massimo, di 92, nei tisici, grande nei paralitici, 88; scende nella mania a 81, demenza a 77, melancolia 76, e convalescenza 76; essendo nei sani di 77. La differenza del polso dalla mattina alla sera è maggiore nei pazzi che nei sani; questi danno in media 80 al mattino, 76 alla sera, e invece danno i

Maniaci	al mattino	84,	alla sera	76
Melancolici	»	80	»	72
Dementi	»	80	»	74
Paralitici	»	92	»	38
Tisici	»	96	»	100

Ma *sul polso* un'opera classica, e come ne sa dare sol la Germania, è quella del Wolff. La monografia tutta è fondata sulla sfigmografia, e quindi è assai difficilmente trasuntabile; giova però cavarne i seguenti corollari:

Il passaggio del polso tardo dicroto a tardo piano è sintomatico di costituzione neuropatica.

I pazzi incurabili hanno polso tardo.

Polso celere con poco divario dal normale, ed ora dicroto ora tricroto, dà segno di guaribilità; come pure la sua facilità a mutare sotto l'azione della temperatura calda.

Le semplici remissioni non sono accompagnate da polso normale; guariti con polso tardo non sono veri guariti.

La melancolia apatica presenta polso piano, tricroto, piccolo, poco soggetto a variare sotto le impressioni termiche; l'onda s'avvicina alla rotonda tarda.

Sotto il freddo a — 5 C.° il polso si fa piccolo e tricroto, perchè i nervi vaso-motori eccitati restringono i vasi, e le contrazioni cardiache rallentano.

Il caldo a + 20 paralizza i nervi vaso-motori, e dilata la tonaca muscolare dei vasi; ne nasce iperemia, specialmente nei visceri più ricchi di sangue.

Nei maniaci, e nelle manie di persecuzione, il polso è celere, tricroto.

Se sotto l'azione della temperatura il polso celere non si cangia in tardo, è segno che vi è una causa permanente organica di irritazione dei centri nervosi.

Anche quando il polso pare normale negli alienati, è invece irregolare; o l'apice dell'onda è troppo appuntata; o la prima sezione dell'onda sale troppo presto; o è troppo alta; o la grande incisura è troppo spiccata sotto le espirazioni, cosicchè il polso si avvicina al dicroto; o manca l'onda terminale; o ad una battuta regolare, ma appena sensibile, seguono parecchie battute più piccole; o dopo una serie di battiti normali o tricroti ne avvengono due dicroti.

Vi hanno nel polso dei pazzi varie forme intermedie fra la forma celere e la lenta: polsi più o meno pieni, duri, poco celeri, e come a doppio impulso.

Hoffmann pubblicò due casi di *eterotopia della sostanza grigia del cervello;* in un caso si trattava di un'alienata di 69 anni, strana in generale, ma pazza, o meglio demente da soli due anni, fastosa, inquieta e affetta da tremore generale del capo e degli arti. — Alla sezione vi erano residui di pachimeningite, e nel cervello entro il ventricolo sinistro, fra il talamo ottico e il corpo striato, si rinvenne un tumore, grosso come una nocciuola, costituito di sostanza cerebrale grigia, con uno straterello di bianca, che era at-

Digitized by Google

taccato come per picciuolo al fondo del ventricolo. Nel lobo anteriore dell'emisfero destro e del sinistro, a ½ centimetro dal corpo striato, in mezzo a sostanza bianca, si trovavano quattro o cinque isolette di sostanza grigia, della grandezza di un grano di miglio. Nel ventricolo destro il corpo striato offriva una grande resistenza al taglio.

L'esame microscopico del tumoretto mostrò che era costituito da vera sostanza cerebrale, con cellule nervose, alcune delle quali in preda a degenerazione adiposa.

Mayer denominò *crania progenæa* una alterazione nuova della forma del cranio osservata in 8 alienate inferme di mania affettiva. In questi alienati il mento e il fronte sporgono all'innanzi, mentre il naso sporge dal viso gracile ed appianato; la mascella inferiore sovrasta alla superiore, cosicchè i denti incisivi e canini superiori sono coperti dagli inferiori, anche a bocca chiusa; la volta è voluminosa, poco l'occipite; le orecchie sono impiantate all'indietro; il cranio è brachicefalo. È in fondo un accorciamento della porzione inferiore e posteriore del cranio, in confronto alla porzione frontale che resta normale; la mascella inferiore ha la branca ascendente corta, e l'angolo ottuso. — La causa dell'ineguale sviluppo dell'occipite starebbe, secondo l'autore, nell'atto del parto.

Westphal, dopo avere mostrato con fina critica come tutte le alterazioni microscopiche, che il Mescede, Salomon ecc. credevano aver trovato nel cervello e midolla dei paralitici, erano o false o fenomeni normali, ha veramente scoperto una lesione assai frequente (circa 60 %) nel connettivo del midollo spinale degli affetti da paralisi generale, cioè la degenerazione nucleare dei cordoni posteriori o laterali, che si può scorgere anche anche ad occhio nudo, dopo aver sottoposto il midollo ad indurimento nel bicromato di potassa, sotto la forma di macchiuzze ovali, colla totale fusione delle corna posteriori.

Ora in nuovi studi il Westphal scoperse una simile alterazione anche in due casi di mielite traumatica; e procedendo più oltre, egli la riprodusse in cani, a cui con sottile trivellino traforò un punto del midollo; la lesione si estendeva a 64 millimetri sopra e 18 sotto la praticata ferita.

Simon, appoggiandosi su altre sezioni, limita la frequenza della lesione accennata ad ⅕-⅓ al più dei paralitici. Esso rinvenne questa alterazione spesso nei tisici e nelle croniche alienazioni, e crede che più debba importare l'alterazione macroscopica della microscopica, trovandosi le cellule nucleate anche in sani.

Sotto il titolo di *sensibilità sessuale patologica* il Westphal raccoglie alcune singolari anomalie psico-sessuali.

N. di 35 anni, figlia di giocatore suicida, da bimba sente attrazione per le ragazze, le provoca, ama vestire da uomo. A 18 anni, tenta soddisfare la passione per le donne col toccamento, coll'onanismo; se ella si sforzava di reprimere le prave tendenze, stava male.

Nel 1863 s'innamora di una ragazza, e vuol indurla a' suoi desideri, ma essa la respinge sdegnata. Ella però l'ama sempre più, e fin nel 1869 le perdura nel suo capo viva l'immagine dell'amata fanciulla. Ella dice sempre « Mi sento come uomo », e aveva infatti come l'uomo passione per le donne, e repulsione per gli uomini.

Questi fatti non appartengono esclusivamente alle fremopatie; i sodomiti, ed anche i masturbatori, sono schifiltosi delle donne, e portano spesso negli amori contro natura delle tendenze platoniche. A Parigi sono noti gli amori tribadici delle prostitute, che portano la gelosia per la loro amata più in là che non gli amanti di diverso sesso.

Ed ora veniamo agli Italiani.

Sull'*efficacia del cloralio* primi in Italia a discorrerne furono il Verga e Valsuani, il Moleschott e il Peyrani. I tre primi già accennarono ai vantaggi che poteva arrecare nelle alienazioni.

Chi ne fece più larga copia di esperimenti nei pazzi fu lo Zani, che lo amministrava in 50 casi, alla dose di 2 grammi pei deboli e 4 per gli agitati robusti; in tutti indusse quasi sempre calma e sonno temporaneo e spesso immediato, in pochi lieve diminuzione del polso e respiro, in uno produsse vomito, in pochi cefalea, in nessuno congestioni e vertigini, od aumento di calore.

Io pure ne trovai eccellente l'azione.

Pochi centigrammi bastarono per produrre il sonno e la calma in una iperestesica, insonne per mielite.

In un suicida furioso, con erisipola traumatica al capo, in cui l'oppio era controindicato, due grammi di cloralio per clistere produssero ogni sera una tranquillità singolare.

Un perencefalitico, che si agitava furioso, e che non si poteva contenere che con immenso sforzo, restava calmo 6 ore dopo l'uso di 2 grammi per clistere.

Un cretino, che si rifiutava a vestirsi, dopo 3 grammi del rimedio si fece sonnolento, e potè indursi all'obbedienza.

Ma non ho mai ottenuto vantaggio nell'epilessia, nella sitofobia.

È notevole che il Moleschott e lo Zani abbiano notato, come a piccola dose produca invece che sonno un eccitamento cerebrale; il Porta anzi notò in alcuni, anche dopo una dose ordinaria, dipoi elevata da 3 a 6 grammi, svilupparsi il delirio con vaniloquio, cicaleccio, allucinazioni e convulsioni; ed osserva che in alcuni eravi vero insonnio. — Questa è una prova di più, che i veleni provocano negli organismi spesso effetti contradditori.

Il Prof. Lombroso inventò un *nuovo strumento per l'alimentazione artificiale dei sitofobi;* esso è un bavaglio di latta o di cuoio, foggiato a semiluna, accartocciato in sè stesso, in modo di adattarsi colla sua concavità alla sporgenza della bocca, e turarla completamente; il margine superiore, foggiato a C rovescio, si continua con una doccia turata a scatola, che, riempita del liquido alimentare, si sottopone alle narici, donde esso viene ad ogni ispirazione cacciato nella faringe.

Per assicurarlo in posizione, da un capo del bavaglio parte una robusta fascia, che girando la sezione posteriore della testa, viene poi ad uncinarsi, dall'altro lato, ad uno dei fori praticati nella parte esterna, convessa, del bavaglio.

Lo stesso Prof Lombroso ebbe a notare un caso sin-

Digitized by Google

golare di *lunghezza dell'avambraccio, complicata ad altre anomalie in un maniaco microcefalo:*

Albini, d'anni 40, di Argine-Po, contadino, che conta soltanto nella famiglia un cugino alienato, e che a 24 anni fu già alienato, e recidivò, or ora, in seguito ad una rissa, non presenta di singolare, nei fenomeni psichici, che una continua verbosità, ed una tendenza a gesticolare, scimmiesca, per cui imita tutti i movimenti, che vede fare agli altri, e se gli altri stan fermi, agita le mani intorno al capo ed al petto.

Più singolari sono le anomalie somatiche. Il suo capo presenta la circonferenza di 520 millim., la curva trasv. è di 300, la long. 310, il diametro long. è di mill. 171, di 146 il trasverso; vi è qui dunque una microcefalia, ed una esagerata brachicefalia (di 85°). Più singolare in questa testa così piccola, relativamente al corpo, è l'osservare le orecchie, che lunghe ben 6 centimetri, e larghe 3, sono impiantate così al basso ed innanzi, come appena si può vedere in alcune scimmie antropomorfe; il lobulo dista, infatti, 8 mill. dall'angolo della mandibola. Scarsissima è la barba, il muso prognato, i denti mal conformati e sporgenti, la bocca larghissima, lo sguardo è vitreo, la pupilla destra più larga della sinistra, le narici molto dilatate.

Esso offre infine una anomalia più interessante nella lunghezza dell'avambraccio in rapporto del braccio. Per far spiccare bene questa anomalia, giova porre a confronto le misure dei suoi arti colle misure degli arti di tre individui sani e ben conformati.

		Individui sani		
	Albini	1	2	3
Altezza della persona	174	174	172	162
Braccio	355	350	385	320
Avambraccio . . .	320	260	290	245
Mani	194	190	180	180
Femore	505	—	—	—
Gamba	450	—	—	—
Piede	215	—	—	—

Questa anomalia è tanto più notevole in questo individuo, perchè si associa a quegli altri caratteri dell'impianto e sviluppo anormale dell'orecchio, del prognatismo, dell'eccessiva brachicefalia e della microcefalia, — a quei caratteri che si dicono pitecoidi.

Se il matrimonio contribuisca alla pazzia — Se il celibato predisponga alla pazzia. — Queste due prolusioni del Verga sono improntate di quel sapore Manzoniano e Rediano di lingua, che è suo proprio, e di quell'arguta arte critica, e finezza d'osservazione e parsimonia di deduzione, che rendono tanto autorevole il suo nome così nelle scienze anatomiche come nelle psichiatriche. Una rivista completa degli studi anteriori e della statistica medica dei manicomi italiani gli mostrò, come tenuto calcolo che la proporzione dei celibi raggiunge i tre quinti della popolazione totale in Italia, — i celibi pazzi, che sono 52 per 100, superano i coniugati, 38 per 100, e li superano anche nell'età dai 20 ai 60 anni, contandosi allora 1 pazzo per ogni 474 celibi, ed 1 su 1418 maritati.

Ma da queste cifre non si lascia sedurre l'autore a concludere per un'influenza dannosa del celibato. Le professioni, infatti, che obbligano al celibato, danno un numero minore di alienati; così i preti diedero al Parchappe il 4 per 100 di pazzi, mentre i legali danno l'8. La causa che aumenta il numero dei pazzi celibi, è la difficoltà che trovano gl'individui predisposti a trovare chi li sposi, e ciò spiega come i maschi celibi, che men difficilmente possono mascherare nell'interno della famiglia le male tendenze, danno più pazzi, 4495, delle ragazze, 2439.

Il matrimonio riesce pericoloso ai predisposti per gli abusi venerei che facilita, per la gravidanza, puerperio, allattamento, che gli tengono dietro, e sopratutto pel maggior numero dei dispiaceri domestici, fonte assai frequente d'alienazioni, come per es. gelosia, perdita della prole, sterilità, impossibilità di mantenere la famiglia crescente.

Alle volte (e l'autore ne adduce 13 osservazioni originali) il matrimonio recente è causa di pazzia per sè medesimo, per l'impressione morale, di paura o di ribrezzo dell'atto carnale, o per il rivelarsi di una scoperta poco attesa sul conto della sposa, o per timore d'impotenza.

Il numero dei maschi coniugati, pazzi, è minore di quello dei celibi, anche perchè i maschi contraggono matrimonio più tardi delle donne, e perchè le pazzie, che si manifestano tra i 30 e 60 anni, ricadono a conto del celibato, il quale sempre palesa i matti, comechè i celibi vivendo fuor di famiglia, sono più esposti all'osservazione ed al sequestro.

Conseguenza pratica di tutto ciò è, che il matrimonio non è una salvaguardia alla follia, ma spesso un eccitamento.

Lo Zani *(Alcuni fatti di pazzie susseguiti ai disordini pel macinato)* da quel diligente e accorto osservatore che è, seppe cogliere 7 casi, che nel manicomio gli capitarono, in cui causa determinativa della follia sarebbero state le passioni terribili messe in gioco due anni sono dall'applicazione così invisa alle plebi della tassa sul macinato.

Uno moriva dopo violenta sitofobia; due guarirono in un mese; un altro sitofobo guarì più tardi; una già folle recidivò alla notizia del figlio morto in quei tumulti, e non dà segno di guarire; in altro pure la paura della prigionia produsse la melancolia, che guarì in breve. Tutti in complesso più o meno presentarono la forma dello stupore, ed ebbero un decorso mite.

Accolsi anch'io in quell'epoca un mugnaio intelligente, cui l'apprensione pei danni di quella tassa fece cadere in *melancolia apatica* con stupore. Esso guarì, appunto come quelli dello Zani, in poco tempo.

Il Biffi raccolse quest'anno un caso fra i più straordinari nella Psichiatria e nella Chirurgia.

Un giovane, che nel delirio uccise il padre, e che tentò suicidarsi coll'immergersi un *ago nel cuore*, dopo 16 mesi di questo tentativo muore, non per questa lesione, ma per cancrena provocatasi con morsicatura. — Alla sezione si rinvenne nel ventricolo sinistro del cuore un ago, lucido ancora alla punta, che traforava alla punta la porzione centrale della lacinia posteriore della valvola mitrale, sporgendo 1 ½ centimetri nell'orecchietta; era tenuto in posizione parallela all'asse del ventricolo da un tendinetto e da connettivo di

Digitized by Google

nuova formazione, sicchè seguiva i moti della valvola nel senso di alto in basso. L'endocardio della cavità auricolare era leggermente scalfito.

Non si potè, in 16 mesi di permanenza di un ago nel viscere più importante del corpo, notare alcuna grave lesione funzionale.

MISCELLANEA

Fabbri Ercole. — *Un caso di cancro epiteliale del collo uterino, trattato coll' amputazione della porzione intravaginale, e quindi col clorato di potassa.* — Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, Novembre 1870.

Adolfina Cocchi, d'anni 50, lavandaia, robusta, aveva leucorrea fino dall' ultimo parto, che avvenne 16 anni or sono, e fu difficile e, pare, seguito da acuta metrite, dopo di che riapparvero le mestruazioni, ma scarse ed accompagnate da forti dolori. Da 2 anni le mestruazioni si sono fatte più abbondanti e più frequenti (ogni 10 o 15 giorni), e sempre più dolorose, ed anche fuori di queste provava acuti dolori lancinanti nell' interno della vagina; il sangue, in parte fluido, in parte aggrumato, è fetentissimo, lo scolo bianco è continuo. — Coll' esplorazione digitale si sente la porzione vaginale dell' utero ingrossata e dura, massime nel labbro posteriore, e sull' orifizio sentonsi granulazioni alquanto dure e di leggieri sanguinanti; i limiti dell' indurimento non si possono raggiungere col dito.

Muovendo l' autore dal fatto che il cancro del collo uterino non ha tendenza a produrre infezione generale cancerosa, sicchè riesce d'ordinario letale pei vari suoi effetti locali, cioè gli strazianti dolori, le profuse emorragie e le secrezioni sierose che inducono gravi anemie, il propagarsi del neoplasma (donde peritonite, fistole stercorali ed urinarie, stenosi del retto, dell' uretra, degli ureteri, trombosi ed embolismi), finalmente la mortificazione di esso e l' imputridire dei liquidi che ne emanano, — si decise di eseguire l' amputazione della porzione vaginale, poichè sebbene non potesse in questo caso lusingarsi di amputare sul sano per ottenere la *guarigione vera* del cancro, pure, amputando, avrebbe tolto, in parte almeno, la causa dei dolori che straziavano la donna; e avrebbe cangiata la sinuosa e nascosta superficie esulcerata in una superficie piana e *dominabile* dagli emostatici, dagli antiscettici, e dagli altri topici modificatori del cancroide. Il che era a parer suo, per le ragioni anzidette, cosa di non lieve momento. Di fatto, col far cessare le perdite sanguigne e sierose, e togliere possibilmente al cancroide la tendenza ad estendersi e a cadere in mortificazione, si tolgono al neoplasma i mezzi pei quali riesce letale, e mantenendolo per più o meno lungo tempo in tale stato, che non riesca nocivo all' organismo, se ne ottiene la cosiddetta *guarigione relativa*.

Per non dilungarmi ometterò il ragguaglio dell'atto operativo che fu eseguito colla *galvano-caustica*, prescelta all' uopo, perchè assicura dalle emorragie immediate.

Compita felicemente l' operazione, i dolori lancinanti scomparvero tosto, e la donna potè fin dal terzo giorno uscire per qualche istante dal letto, essendosi praticate frequenti lozioni vaginali di solfito di soda: ma al sesto giorno riapparve un po' di scolo sieroso con qualche traccia di sangue, e il riscontro vaginale fece trovare un tessuto piuttosto duro, friabile, in forma di capezzolo irregolare e lungo circa 1 ½ centimetri, che sorgeva dalla superficie di sezione. Questo confermava che il neoplasma era già infiltrato in parte della porzione sopra-vaginale dell' utero, e dimostrava inoltre che avevasi a fare con un carcinoma molto prolifero.

Memore l'autore delle guarigioni di epitelioma delle palpebre ottenute dal Prof. Magni (1) con bagnoli medicati di clorato di potassa, pensò di far fare alla malata delle iniezioni con soluzione satura di questo sale. Questa cura durò tre mesi circa, ed in questi ebbe tre metrorragie, ad intervallo di un mese, che, essendo accompagnate dai soliti fenomeni mestruali, potevano interpretarsi per mestruazioni, assumenti i caratteri di menorraggia per lo stato anormale dell' utero, e che furono subito frenate coll' emostatico del Prof. Piazza (2).

Scorsi questi tre mesi visitò di nuovo l' operata: i dolori lancinanti non erano apparsi che due o tre volte durante le menorragie, e lievi; vi era scolo sieroso assai scarso, ma urente; le vegetazioni erano sensibilmente diminuite di volume, ma di colore grigio giallastro.

Questo miglioramento, da esso attribuito, piuttostochè all' azione coagulante dell' emostatico, al clorato di potassa, lo indusse ad applicarlo con maggior diligenza e persistenza, introducendo ogni giorno al mezzodì, mediante lo speculum, un globo di fila bene imbevuto di una soluzione di questo sale, facendo inoltre due iniezioni col medesimo liquido mattina e sera. Con questa medicatura la piaga si fece in pochi giorni di bell' aspetto; e scorsi già 6 mesi e mezzo non si vede più nell' ulcere tendenza a proliferare, anzi il fondo si abbassa e si restringe. L'emorragia non si ripetè più, e la mestruazione si fece scarsa e rara (3 volte), sebbene vi fossero sempre i molimina; lo stato generale è migliorato, e la donna si crederebbe affatto guarita, se non fosse qualche goccia di sierosità urente, che si mostra (fatto curioso) quando per qualche giorno trascuri la solita medicatura. Non si può sperare di ottenere una guarigione assoluta, stante la profondità del processo; ma pare abbiasi ad assegnare a questo rimedio non già una semplice azione detersiva, ma una virtù atta a diminuire la maligna natura del cancro epiteliale, e capace ancora, quando l' infiltrazione non si estenda assai profondamente nei tessuti, di far cessare in questi la mala nutrizione, che si appalesa per l' abnorme produzione di cellule epiteliali, e di indurre così completa guarigione.

E. G.

(1) Mancini. Il clorato di potassa a cura dell'epitelioma. *Rivista Clinica*, N. 3 e 8, 1869.

(2) Miscuglio in parti eguali di una soluzione di *percloruro di ferro neutro* a 20.° di B., e di una soluzione satura di *sal marino;* la miscela deve farsi poco prima di usarla (vedi *L' Ebdomadario Clinico* N. 26, 1863).

Digitized by Google

Vignard. — *Retroversione dell' utero gravido.* — Gaz. hebd. 2 sér. IV. 45, 1867.

Per la riposizione dell'utero gravido retroverso l'autore raccomanda un metodo, che in complesso consiste in ciò, che dopo vuotata la vescica urinaria mediante il catetere, e collocata la paziente come per praticare l' applicazione del forcipe, l' operatore con quattro dita della mano destra, bene unte e strette assieme, penetra in vagina il più in alto che sia possibile, e tosto con una pressione uniforme e lenta, ma però gagliarda, spinge in basso, al disopra della sinfisi del pube, il segmento inferiore dell'utero; poscia si spingono gli apici delle dita per quanto è possibile contro il promontorio, e si preme il fondo dell'utero in alto ed in avanti, il che suole facilmente riescire, rimanendo libero il segmento inferiore dal suo punto d'appoggio: in conseguenza di ciò l' utero intero diventa facilmente mobile. G. M.

Offmann. — *Un raro caso di diabete insipido.* — Centralblatt. 27, 1870 — Berlin. klinische Wochenschr. N.° 31, 1870.

Nella clinica del Professor Hebra in Vienna fu ricevuto un uomo, che presentava tutti i sintomi del diabete. Peraltro esaminandone l'orina, di un colore giallo-scuro e molto acida, non vi si trovò affatto zucchero, e quello che è più notevole affatto di acido urico; un piccolo sedimento di cristalli aghiformi, che vi si trovò, si riconobbe costituito da acido ippurico. L'autore lascia di stabilire, se il prudore alla cute, che soffriva il malato, avesse la sua causa nell'acido ippurico circolante nel sangue; pertanto nel prurito cutaneo che non abbia altro fondamento etiologico, consiglia di ricercare nell' orina non solo l'albume e lo zucchero, come si è soliti, ma anche altre sostanze, come l'acido ippurico, la xantina e la creatinina. C. B.

Per aderire alla gentile preghiera dell' illustre Collega Prof. Fort di Parigi, pubblichiamo questa lettera pervenuta in ritardo al Redattore della Rivista Clinica, *par ballon monté*, sebbene sia stata già pubblicata da altri giornali.

Mon cher Confrère (1)

Paris 24 Novembre 1870

Je suppose que vous êtes depuis longtemps privé de nouvelles médicales de Paris, de Paris que nos amis les Italiens aiment comme leur propre cité; permettez-moi de vous apporter un petit appoint, et de vous rassurer sur nôtre belle ville, toujours debout, dont les contours hérissés de pointes et garnis de canons semblent harguer les Prussiens. Négligeant le côté politique de notre situation, je vous parlerai des Ambulances de Paris, de l'état sanitaire, ainsi que des faites et gestes de nos Sociétés savantes. Sachez bien pourtant, que vous apprendrez bientôt ce que peuvent la persévérance, et la confiance d' un peuple en son propre courage; déjà nôtre province soulevée harcèle l'ennemi par derrière, et l'armée de Paris prépare une sortie formidable!...

Vous ne reconnaîtriez pas Paris, si vous veniez aujourd'hui 67.e jour de siége. Dans le jour tout le monde est soldat, tout n'est qu' uniformes; le soir venu, on rentre chez soi. Tout est désert, le gaz d'éclairage étant rare, les magasins ferment de très-bonne heure. Paris est un vaste camp; on n' entend que le son du tambour et de la trompette, et le grondement du canon. Triste temps!...

Au milieu de tout ce vacarme, les médecins ne restent pas inactifs. Presque tous nous avons été requis pour donner des soins aux malades et aux blessés. On peut compter aujourd'hui à Paris environ 6000 médecins et étudiants en médecine dans les diverses ambulances, créées par l'Intendance Militaire, par la Société Internationale et par la Presse. Il serait presque impossible d' en faire l' énumération, et par-conséquent d' évaluer exactement le nombre de lits qu'elles renferment. On en trouve partout, et ce qu'on peut assurer, c' est qu'elles présentent en général toutes les conditions d' une bonne hygiène hospitalière, étant placées sous le contrôle d'une commission formée d' hommes compétents. Puisque je parle à un Italien, je saisis avec empressement cette occasion pour vous dire, que nous nous louons beaucoup des éminents services, que rendent vos compatriotes à Paris. Ils sont pleins de dévouement, et toujours au premier rang. L' ambulance italienne a sa place marquée d' avance dans l'histoire du siége de Paris, et pour mon compte particulier, je lui témoigne toute ma reconnaissance.

Dans des articles ultérieurs, je reviendrai sur quelques détails intéressants; permettez-moi pour aujourd'hui de vous présenter l' ensemble de la situation.

L'état sanitaire de Paris laisse beaucoup à désirer, et cependant nous n' avons pas à lutter contre ces terribles épidémies, qui résultent de l'encombrement des malades, comme vous pourrez le voir par le tableau suivant:

Décès dans Paris d'après la déclaration de l'état civil du 11 au 19 Decembre 1870.

Variole. .	431	Bronchite	92	Angine couenneuse et croup.	15
Scarlatine	14	Pneumonie	73	Affections puerpérales .	8
Rougeole.	9	Diarrhée .	91	Autres causes, phthisie, etc.	1198
Fièvre typhoïde.	94	Dysenterie. . .	25		560
Erysipèle.	12	Choléra .	2		283
	560		283	Total	2064

Au commencement de Septembre les décès ne s'élevaient qu' à 1159 pendant le même nombre de jours. Il n' y avait

(1) Je vous avais parlé de la traduction italienne de mon Anatomie en 3 volumes. Au moment ou la guerre a éclaté, mon troisième volume était à moitié terminé; j' espère que mes confrères d' Italie ne m' accuseront pas de négligence, et voudront bien croire, que je hâterait l' achèvement de l' ouvrage dès que les circonstances le permettront.

Digitized by Google

que 148 décès de variole; les cas de fièvre typhoïde, de dysenterie etc., sont triplés aujourd'hui.

Je vous ferai observer, que parmi les 2064 décès de cette semaine il n'y a ni typhus, ni scorbut; on a constaté seulement douze cas d'érysipèles; en somme pas de maladies résultantes de l'encombrement. La mortalité sévit surtout chez les jeunes militaires, que la province a envoyés à Paris, et dont un grand nombre n'avait jamais été vacciné; les malheureux entrant dans un foyer épidémique n'ont fait qu'alimenter et propager le virus varioleux. On a vacciné et revacciné les militaires sur une grande échelle; espérons qu'on aura atténué cette effrayante mortalité. Les Prussiens, paraît-il, sont encore plus maltraités, et la variole cause dans leurs rangs de grands ravages. Elle se montre surtout sous l'une de ses formes les plus graves, la forme hémorrhagique, *variole noire*. De tout cela on peut conclure, que l'état sanitaire en général est mauvais, puisque en deux mois la mortalité est monté de 1159 à 2064, le nombre des habitants (2000000) étant resté sensiblement le même.

Il est difficile d'apprécier au juste le nombre de malades. Des renseignements récents publiés par les journaux donnent le chiffre de 10252 malades, dans les hopitaux et ambulances, blessés ou malades; de ce nombre il faudrait exclure 1249 syphilitiques. Je considère ces chiffres comme très-problématiques, en raison de la difficulté où l'on se trouve de contrôler leur exactitude.

La *Société de Chirurgie* a voulu reprendre ses séances hebdomadaires le mercredi 9 Novembre; sept membres se sont présentés; on se réunira plus tard. M. Boinet a parlé de quelque cas de tétanos, qu'il a observés sur les blessés de la Société Internationale au palais de l'Industrie, et qui auraient été déterminés par le froid; les salles étaient en effet mal chauffées, et c'est probablement pour cette raison, que beaucoup de blessés ont été transportés dans les chambres du Grand Hôtel. Comme M. Boinet, M. Giraldès a observé plusieurs tétaniques à l'hôpital militaire du Val de Grâce; ces deux chirurgiens ont eu à se louer du chloral, qui a amené la guérison dans les deux tiers des cas. M. Giraldès recomande de bien s'assurer de la pureté du chloral, qui est le véritable médicament à opposer au tétanos; la dose a été poussée jusque à 8-10 grammes par jour (en dissolution dans un sirop simple, que l'on donne au malade par cuillerées). Depuis quelque temps l'attention des chirurgiens a été appelés sur le chloral, qui réussit surtout dans le tétanos à marche lente.

L'*Académie de Médecine* et l'*Académie des Sciences* s'occupent d'actualités: plaies, vaccinations, alimentation. Il me serait difficile de vous donner des détails sur toutes ces questions, c'est ce que je me réserve de faire dans de prochains articles. Je ne voudrais pas vous quitter cependant sans vous parler du moyen ingénieux qu'on vient de trouver pour communiquer avec la province, malgré la rigueur du blocus que les Prussiens ont établi autour de Paris.

Depuis longtemps nous envoyons nos lettres à nos familles de province par les ballons, c'est par cette voie que vous parviendra cette lettre; on pouvait même envoyer de l'argent en mandats sur la poste, mais il était impossible de rien recevoir. Plusieurs industriels ont exploité la bonne foi des intéressés en leur promettant une réponse moyennant une somme relativement considérable: chaque courrier a emporté, dit-on, 500 lettres, mais il n'en est pas revenu un seul. Simple exploitation! Voici le moyen employé aujourd'hui par le gouvernement (depuis trois jours nous avons reçu ici 900 dépêches). 1.° Nous envoyons en province la carte ci-incluse dans une lettre, et nous adressons 4 questions à la personne avec laquelle nous correspondons. Cette carte contenant les réponses est envoyée à Clermont-Ferrand. Là on transcrit les cartes, et on les photographie en caractères microscopiques. On les ressemble sur un papier, qui peut en contenir 1000, et un pigeon les rapporte de Tours à Paris, attachées à une plume de la queue. A Paris un appareil spécial grossit les réponses, on les transcrit de nouveau, et la poste les envoie à domicile dans une enveloppe séparée pour chaque particulier. 2.° Nos familles de province peuvent aussi nous envoyer des mandats sur la poste et des dépêches de 40 mots à 50 cent. le mot: on envoie toutes les dépêches à Tours; là on les groupe, on les photographie en caractères microscopiques sur une seule carte, que le pigeon nous apporte; a son arrivée on fait la même opération que pour les lettres. Dans peu de jours, j'espère vous adresser quelques détails sur divers sujets intéressant le corps médical.

Je puis vous dire dès à présent que l'Ecole de Médecine a ouvert ses portes, et que les professeurs y font des leçons; moi-même j'ai commencé un cours d'anatomie chirurgicale à l'Ecole pratique. L'Ecole de droit est ouverte de même que la plupart de nos Lycées. Nous n'avons encore vu ni un boulet ni un obus ni une bombe. A quand la première?

40000 francs ont été alloués à M. Dupuy de Lome, qui est chargé de construire un ballon dirigeable, destiné à porter des lettres et des voyageurs de la province à Paris. Le constructeur est parti pour Nantes, d'où il doit lancer le ballon voyageur d'ici à quelques jours.

Docteur Fort
Professeur libre d'Anatomie
à l'Ecole pratique.

(Par ballon monté)

Italie

A M. le Redacteur
de la Revue Clinique
(Journal de médecine)
Bologne.

Tipi Fava e Garagnani.

Digitized by Google

INDICE DELLE MATERIE E DEI NOMI DEGLI AUTORI

A

Abete - Gemme di - REVILLOUT, p. 183.
Acetato di piombo - SCHMIDT, STELLWAG, p. 183.
Acetato di potassa - MAROTTE, p. 61.
Acido carbolico - MARKEY, NEUMANN, COLEMAN, CLARK, MACONCHY, MACCORMAC, WATSON, ROSER, WOOD, FULLER, MURCHISON, BUCHANAN, WEBER, BARRAUT, HEBRA, p. 62. — HEBRA, JESLIER, BARDELEBEN, BERTI, p. 185.
Acido chinopicrico - OSSIAN, PERNET, DUGUET, p. 182.
Acido chinovico - BINZ, p. 59.
Acido cromico - TOBOLD, p. 63. — WOOSTER, p. 186.
Acido lattico - WEBER, ADRIAN, BRICHETAU, KÜCHENMEISTER, p. 63.
Acido timico - GIRALDÈS, p. 186.
Aconito - WUNDERLICH, p. 27.
Acqua di calce - KÜCHENMEISTER, ALBU, WALDENBURG, p. 63.
Acqua fredda - GEHRARDT, p. 29.
Acqua pura - DIEULAFOY, p. 178.
Addison - Malattia di - KUHLMANN, p. 29.
Adrian, p. 63.
Afasia - Necrosi sifilitica - VEDRÈNES, p. 194.
Afasia del tifo - GALLI, p. 176.
Ago nel cuore - Infissione di un - BIFFI, p. 385.
Albu, p. 63.
Albume - Determinazione dell' - BORNHARDT, p. 32.
Alcool - BINZ, JACOBI, p. 29. — GUBLER, ANSTIE, PENFOLD, SCHAUENBOURG, p. 191.
Alienazione mentale - L' ottalmoscopio nell' - TEBALDI, p. 201, 254, 287.
Alimentazione artificiale - LOMBROSO, p. 384.
Almès, p. 59.
Ammoniaca - TYLER SMITH, BAMES, SPENCER WELLS, WILLS RICHARDSON, p. 184.
Ammoniaca - Carbonato di - LÖBEL, p. 185.
Ammoniemia - Diagnosi differenziale fra l'uremia e l' - SEE, p. 200.
Amile - Nitrato d' - BRUNTON, p. 180.
Anestetico - SAUER, p. 27-96.
Angelici, p. 265.
Angionevrosi isterica - FEDERICI, p. 286.
Anstie, p. 191.
Aorta addominale - Legatura temporanea della - STOKES, p. 85.
Archambault, p. 184.
Argento - Nitrato d' - CARADEC, VIGNARD, p. 61.
Armand, p. 26.
Arseniato d'antimonio - JOBERT, p. 182.
Arsenico - DEVERGIE, p. 182.
Arterie - Legatura temporaria delle - STOKES, p. 85.
Ascoltazione nella diagnosi delle presentazioni del feto - MASSARENTI, p. 238. — BELLUZZI, p. 343.
Atresia della vagina - HERZFELD, p. 200.
Atrofia muscolare progressiva - BAMBERGER, p. 187.
Avambraccio - Lunghezza dell' - LOMBROSO, p. 385.
Avvelenamento per ossido di carbonio ecc. - HÜTER, p. 359.
Ayres, p. 31.
Azoto - Protossido di - JEANNEL, p. 180.

B

Balsamo di copaive - ALMÈS, GARROD, DUFFIN, p. 59.
Balsamo del Perù - BURCHARDT, p. 175.
Bamberger, p. 187.
Bambini - Le malattie nervose dei - BOHN, p. 347.
Bames, p. 184.
Bardeleben, p. 185.
Barraut, p. 62.
Battiti cardiaci - Sulla diminuzione numerica dei - CONCATO, p. 33.
Baudon, p. 60.
Bauer, p. 28.
Baxa, p. 182.
Beddoe, p. 26.
Belladonna - DAUVERGNE, HYDE SALTER, p. 27.
Benzina - BOTTARI, p. 59.
Beer, p. 60.
Belluzzi, p. 343.
Berti, p. 185.
Besnier, p. 32.
Bicarbonato di soda - TRÖTZSCHER, p. 61
Biffi, p. 385.
Binz, p. 29-59-59.
Boese, p. 61.
Bohn, p. 347.
Boislin, p. 28.
Bonfigli, p. 9, 39-26, 59, 178.
Borgien, p. 185.
Bornhardt, p. 32.
Bottari, p. 59.
Bourdon, p. 179.
Breslauer, p. 26.
Brichetau, p. 26-63.
Briess, p. 179.
Bromuro di potassio - VOISIN, FABRET, LEGRAND, p. 27. — BUCQUOY, SÉE, p. 64. — MARÉCHAL, VIGER, CASPARI, PORTEC, HOCHLING, HARGIS, VICENTINI, COSTA, p. 179.
Brunton, p. 180.
Bubone, ecc. - DUTZMANN, p. 229.
Buchanan, p. 62.
Bucquoy, p. 64.
Burchardt, p. 185.
Bussina - Solfato di - MAZZOLINI p. 59.

C

Cade, p. 232.
Calce - Acqua di - KÜCHENMEISTER, ALBU, WALDENBURG, 63.
Calce - Ipoclorito di - HITZIG, VAN DEN CORPUT, p. 63.
Calce - Lattofosfato di - DUSART, p. 182.
Cameron, p. 60.
Canape indiana - FROHNMÜLLER, IYREL, BEDDOE, p. 26 — WARING-CURREL, p. 179.
Cancro epiteliale dell' utero ecc. - FABBRI, p. 386.
Cantani, p. 63.
Caradec, p. 61.
Carbonato di ammoniaca - LÖBEL, p. 185.
Carbonato di litina - FALK, DITTERICH, p. 184.
Carbonato di magnesia - TRÖTZSCHER, p. 61.
Carcinome del mediastino con pericardite - AYRES, p. 31.
Caspari, p. 179-181-183.
Cecità transitoria - HIRSCHBERG, p. 232.
Cefalotomia - HUBERT, p. 142.
Celibato - Se il - contribuisca alla pazzia - VERGA, p. 385.
Cerio - Ossalato di - CURRAN, LUCAS, p. 183.
Cervello - Eterotopia del - HOFFMANN, p. 383.
Cervello - Sulle alterazioni dei linfatici del - GOLGI, p. 324.
Cervello - Sul peso specifico del - NASSE, p. 382.
Cervello - Peso del - THURNAM, p. 382.
Chandu - FRONMÜLLER, p. 179.
Chapmann, p. 179.
Charnet, p. 186.
China - DEL BUBBA, p. 59.
Chinina - Il collirio di - GOTTI, p. 297.
Chinina - Influenza del solfato di - sul sangue - LEWIZKI, p. 296.
Chinino - Solfato di - BAXA, p. 182.
Chinoidina - BINZ, p. 59 — LÖBEL, p. 182.
Chinopicrico - Acido - OSSIAN, PERNET, DUGUET, 182.
Chinovico - Acido - BINZ, p. 59.
Christmann, p. 181.
Cianuro di zinco - DRASCHE, p. 182.
Cisti addominale - KLEMM, p. 91.

Digitized by Google

Cistotomo del Dottor Turrini - LORETA, p. 72.
Cistovario - Clorato di potassa nel - TURCHI, p. 379.
Clar, p. 183.
Clark, p. 62.
Clement, p. 167.
Cloralio idrato - LIEBREICH, LANGENBECK, JASTROWITZ, RABL-RUECKHARD, DEMARQUAY, RICHARDSON, p. 27 — MARTIN, VERGA, VALSUANI, BRIESS, CHAPMANN, FERRAND, p. 179 — ZANI, 384.
Clorato di potassa - MAGNI, LORETA, p. 64. — TURCHI, p. 379. — FABBRI, p. 386.
Cloruro di ferro - CRIGHTON, SCHALLER, CORNIL, p. 60.
Cloruro di zinco - REALE, p. 63.
Clouston, p. 383.
Colchico - GUENEAU DE MUSSY, p. 181.
Coleman, p. 62.
Collirio di chinina - GOTTI, p. 297.
Coloquintide - CRIGHTON, GUBLER, p. 61.
Concato, p. 1-33-97-233.
Contaret, p. 182.
Copaive - Balsamo di - ALMÈS, GARROD, DUFFIN, p. 59.
Coprostasi - Peritonite con - MANCINI, p. 22.
Corazza, p. 65.
Cordes, p. 200.
Cornea - Papilloma della - RAGGI, p. 37.
Cornil, p. 60.
Corput, p. 63.
Costa, p. 179.
Costipazione - Cura della - con l'elettroterapia - CADE, p. 232.
Crania progenæa - MAYER, 384.
Credé, p. 165.
Creosoto - PÉCHOLIER, p. 62.
Crighton, p. 60-61-64.
Crimine - Natura ereditaria del - THOMPSON, p. 383.
Cubebe - PAUL, p. 60.
Cullen, p. 185.
Cuore - Sulla fisioigiologia e fisiopatologia del - CONCATO, p. 1.
Curaro - FRAGALÀ, NIEMEYER, p. 28.
Curran, p. 183.
Curren, p. 28.
Cutanee - Kautschuk nelle malattie - HEBRA, p. 230.

D

Dauvergne, p. 27.
De-Castro, p. 64.
Degenerazione della midolla - WESTPHAL, SIMON, p. 384.
De-Giovanni, p. 361.
Del Bubba, p. 59.
Demarquay, p. 27.
Devergie, p. 182.
Diabete - Patologia del - DICKINSON, p. 168.
Diabete insipido - OFFMANN, p. 387.
Dickinson, p. 168.
Dieulafoy, p. 178.
Difterite - Etiologia della - HUETER, p. 96.
Difterite ecc. *con guarigione* - WITTICHEN, p. 231.
Digitalina - JACOBI, p. 27.
Dilatazione dello stomaco - Sul trattamento della - WIESNER, p. 198.
Distacco di ioloide - VACCÀ, p. 210.
Ditterich, p. 184.
Dowel, p. 60.
Drasche, p. 182.
Duffin, p. 59.
Duffy, p. 28.
Duguet, p. 182.
Dupierris, p. 264.
Dusart, p. 182.
Dutech, p. 182.
Dutzmann, p. 229.

E

Elefantiasi degli arabi - Della - ecc. FISCHER, p. 86.
Elettroterapia - Cura della costipazione colla - CADE, p. 232.
Elettroterapia dei tumori maligni - NEFTEL, p. 88.
Emicrania - MOLLENDORF, 95.
Emorragie uterine - Cura locale delle - WINCKEL, p. 360.
Epilessia - L'ottalmoscopio nell' - ecc. TEBALDI, 201, 254, 287.
Epitelioma - Genesi dell' - MANFREDI, p. 35.
Erb, p 262.
Ergotina - BAUER, JACOBI, WOAKES, LANGENBECK, SCHNEIDER, RUBEN, MAC JAFFÈ, p. 28.
Erlach, p. 62.
Essudato pleuritico - Rapida guarigione di un - ecc. - GLAUERT, p. 229.
Etere solforico - PERROUD, MAZADE, p. 27.
Eterotopia della sostanza cerebrale - HOFFMANN, p. 383.

F

Fabbri, p. 142-386
Fabret, p. 27.
Falck, p. 184.
Fava di calabar - SCHMITT, BOISLIN, CURREN, DUFFY, MONTI, p. 28 — HAINING, GALEZOWSCHI, p. 181.
Federici, p. 113-286.
Fegato - Guarigione inaspettata di un tumore al - CONCATO, p. 233.
Felce maschio - HEPP, p. 61.
Ferrand, p. 179.
Ferro - Cloruro di - CRIGHTON, SCHALLER, CORNIL, p. 60.
Ferro - Iodato di - CAMERON, MOORE, DOWEL, p. 60.
Ferro - Percloruro di - CLAR, p. 183.
Ferro - Preparati di - nelle infiammazioni ecc. - CRIGHTON, p. 64.
Feto - L'ascoltazione nella diagnosi della presentazione del - MASSARENTI, p. 238 — BELLUZZI, p. 343.
Fischer, p. 86.
Flemmone gangrenoso della gamba ecc. ANGELICI, p. 265.
Fragalà, p. 28.
Fort, p. 387.
Frohnmüller, p. 26-26-179.
Fuller, p. 62.
Funck, p. 26.
Funicolo - Prolasso del - MASSMANN, p. 164.
Fürst, p. 60.

G

Galezowski, p. 181.
Galli, p. 176.
Galvagni, p. 132.
Galvanica - Reazione - dell'apparato nervoso dell'udito ecc. - ERB, p. 262.
Garrod, p. 59.
Gehrardt, p. 29.
Genitali femminei - Anomalia dei - CORAZZA, p. 65.
Giraldès, p. 186.
Glandule linfatiche - Su alcune alterazioni delle - MILANI, p. 136.
Glauert, p. 229.
Glicerina - SHEDD, p. 29.
Golgi, p. 324.
Gotti, p. 297.
Gravidanza - Caso di atresia della vagina e - HERZFELD, p. 200.
Gravidanza - Influenza della sifilide sulla - WEBER, p. 197.
Gravido - Retroversione dell'utero - HLABERSTMA, p. 164.
Grünfeldt, p. 61.
Gubler, p. 61-191.
Guéneau de Mussy, p. 181.
Guillemin, p. 180-183.

H

Haining, p. 181.
Halberstma, p. 164.
Hargis, p. 179.
Harley, p. 166.
Harrison, p. 26.
Hebra, p. 62-185-230.
Hepp, p. 61.
Herzfeld, p. 200.
Hirschberg, p. 232.
Hirtz, p. 27-181.
Hitzig, p. 63.
Hochling, 179.
Hoffmann, p. 381-383.
Hubert, p. 142.
Hueter, p. 96-359.
Hunter, p. 28.
Hyde Salter, p. 27.

I

Iacobi, p. 27-27-28-29.
Iakubowitz, p. 60.
Ioloide - Distacco di - VACCÀ, p. 210.
Iastrowitz, p. 27.
Iauariz, p. 182.
Ieannel, p. 180.
Ieslier, p. 185.
Iniezioni iodate nell'utero - DUPIERRIS, p. 264.
Infiammazioni - Preparati di ferro nelle - CRIGHTON, p. 64.
Inquinamento moccioso acuto - SALOMON, p. 358.
Iobert, p. 182.
Iodate - Iniezioni - nell'utero - DUPIERRIS, p. 264.
Iodato di ferro - CAMERON, MOORE, DOWEL, p. 60.
Iodio - SCHMITT, WILLEBRAND, FÜRST, BEER, p. 60 — GUILLEMIN, CASPARI, MARCHAL DE CALVI, p. 183.
Iodoforme - Sull'uso del - BESNIER, p. 32 — NIESZKOWSKI, p. 61.

Digitized by Google

Ioduri di mercurio - WOLFF, LAURI, p. 184.
Ioduro di potassio - BAUNDON, IAKUBOWITZ, p. 60 — ARCHAMBOULT, OTTERBOURG, p. 184.
Iourdan, p. 186.
Ipoclorito di calce - HITZIG, VAN DEN CORPUT, p. 63.
Isterica - Angionevrosi - FEDERICI, p. 286.
Isterismo - BONFIGLI, p. 9, 39 — MORETTI, p. 169.
Iyrel, p. 26.

K

Kautschuk - Uso del - nelle dermatosi - HEBRA, p. 230.
Kersch, p. 26.
Klemm, p. 61-91.
Koehler, p. 185.
Krafft-Ebing, p. 63.
Küchenmeister, p. 63-63.
Kuhlmann, p. 29.

L

Landois, p. 199.
Langenbeck, p. 27-28.
Laringo-tifo - Tracheotomia ecc. - ULRICH, p. 31.
Laringo-tracheite cronica - Le recidive nella - ecc. - CORDES, p. 200.
Lattofosfato di calce - DUSART, p. 182.
Lauri, p. 184.
Lebert, 184.
Legatura nella elefantiasi - FISCHER, p. 86.
Legatura temporaria delle arterie - STOKES, p. 85.
Legendre, p. 181.
Legrand, p. 27.
Leidesdorf, p. 26.
Lettera da Parigi - FORT, p. 387.
Lewizki, p. 296.
Liebreich, p. 27-181.
Lindsay, p. 382.
Linfatiche - Su alcune alterazioni delle glandule - MILANI, p. 136.
Linfatici del cervello - Alterazioni dei - GOLGI, p. 324.
Linon, p. 27.
Liquidi del Marini - MAISTO, p. 64.
Litina - Carbonato di - FALCK, DITTERICH, p. 184.
Lübel, p. 181-182-185.
Leckart Clarke, p. 166.
Lombroso, 126, 215, 242, 269, 298, 368-380-384-385.
Loreta, p. 64-72.
Lucas, p. 183.
Lücke, p. 62.
Lussana, p. 64.

M

Mac Jaffé, p. 28.
Mac-Cormac, p. 62
Macenchy, p. 62.
Magnesia - Carbonato di - TRÖTZSCHER, p. 61.
Magni, p. 64.
Maisto, p. 64.
Malattia d'Addison - KUHLMANN, p. 29.
Malattie nervose dei bambini - BOHN, p. 347.
Mallina - CONTARET, p. 182.
Mancini, p. 22.
Manfredi, p. 35.
Marchal de Calvi, p. 183.
Maréchal, p. 179.
Marini, p. 64.
Markey, p. 62.
Marotte, p. 61.
Martin, p. 179.
Massarenti, p. 238.
Massmann, p. 164.
Matrimonio - Se il - contribuisca alla pazzia - VERGA, p. 385.
Mayer, p. 384.
Mayet, p. 186.
Mazade, p. 27.
Mazzolini, p. 59.
Mediastino - Carcinoma del - AYRES, p. 31.
Mercier - Polveri di - WALDENBURG, p. 186.
Mercurio - LEBERT, p. 184.
Mercurio - Ioduri di - WOLFF, LAURI, p. 184.
Merscheim, p. 61.
Microcefalo - LOMBROSO, p. 385.
Midolla - Degenerazione della - WESTPHAL, SIMON, p. 384.
Milani, p. 136.
Moccioso - Inquinamento - acuto - SALOMON, p. 358.
Mollendorf, p. 95.
Monti, p. 28.
Moore, p. 60.
Moretti, p. 169.
Morfina - HARRISON, RAVOTH, BRICHETAU, p. 26 — BOURDON, p. 179.
Mosler, p. 199.
Murchison, p. 62.

N

Narceina - FROHNMÜLLER, KERSCH, p. 26.
Nasse, p. 382.
Necrosi sifilitica del frontale ecc. - VEDRÈNES, p. 194.
Neftel, p. 88.
Neonati - Peripileflebite sifilitica nei - SCHÜPPEL, p. 88.
Nervose - Le malattie - dei bambini - BOHN, p. 347.
Neumann, p. 62.
Nevralgie - Punti dolorosi nelle - VALEIX, p. 232.
Nevroma multiplo - WEGENER, p. 231.
Niemeyer, p. 28.
Nieszkowski, p. 61.
Nitrato di amile - BRUNTON, 180.
Nitrato d'argento - CARADEC, VIGNARD, p. 61.
Nussbaum, p. 64.

O

Obliterazione della vena cava inferiore ecc. - PARISOT, p. 199.
Occlusione intestinale - MANCINI, p. 22.
Offmann, p. 387.
Olio di trementina - ERLACH, LÜCKE, p. 62 — KOEHLER, BORGIEN, p. 185.
Olio essenziale di senape - CANTANI, p. 63.
Olivo - Foglie di - p. 182.
Oppio - ARMAND, p. 26.
Oppio torrefatto - FROHNMULLER, p. 179
Oppolzer, p. 193.
Ossalato di cerio - CURRAN, LUCAS, p. 183.
Ossana, p. 183.
Ossian, p. 182.
Ossido di carbonio - Avvelenamento per - HUETER, p. 359.
Ossido di zinco - WARING-CURREN, p. 28.
Oftalmoscopio - (L') - nella alienazione mentale ecc. - TEBALDI, p. 201, 254, 287.
Otterbourg, p. 184.
Oulmont, p. 27.

P

Pagello, p. 64.
Papaverina - LEIDESDORF, BRESLAUER, FUNCK, p. 26.
Papilloma della cornea - RAGGI, p. 37.
Paralisi dei nervi sensibili e motori - LANDOIS, MOSLER, p. 199.
Paralisi progressiva ecc. - HARLEY e LOCKART CLARKE, p. 166.
Paraplegia da malattia delle vertebre - DE-GIOVANNI, p. 361.
Pariset, p. 199.
Parona, p. 173.
Parto gemellare - Raro ostacolo al - RINTELN, p. 164.
Parto prematuro artificiale - SPIEGELBERG, p. 160.
Pasta caustica di Canquoin - MAYET, p. 186.
Paul, p. 60.
Pazzi - Polso dei - WOLFF, p. 383.
Pazzi - Temperatura dei - CLOUSTON, p. 383.
Pazzia pei disordini del macinato - ZANI, p. 385.
Pazzia - Se il matrimonio e il celibato contribuiscano alla - VERGA, p. 385.
Pazzie dei paesi artici - LINDSAY, p. 382.
Pécholier, p. 62.
Pégaitaz, p. 181.
Pellagra - L' ottalmoscopio nella - ecc. - TEBALDI, 201, 254, 287.
Pellagra - LOMBROSO, p. 126, 215, 242, 269, 298, 368.
Penfold, p. 191.
Percloruro di ferro - CLAR, p. 183.
Pericardite - SCHWEDER, p. 94.
Pericardite - Carcinoma del mediastino con - AYRES, p. 31.
Peripileflebite sifilitica nei neonati - SCHÜPPEL, p. 88.
Peritonite da bubone ecc. DUTZMANN, p. 229.
Peritonite pelvica - CONCATO, p. 97.
Peritonite suppurativa ecc. MANCINI. p. 22.
Permanganato di potassa - CHARNET, p. 186.
Pernet, p. 182.
Perroud, p. 27.
Peso del cervello - THURNAM, p. 382.
Peso specifico del cervello - NASSE, p. 382.
Philippeaux, p. 63.

Digitized by Google

Pigmentazione cutanea nella tubercolosi miliare - GALVAGNI, p. 132.
Pino marittimo - Succo di - OSSANA, p. 183.
Piombo - Acetato di - SCHMIDT, STELLWAG, p. 183.
Pneumonite - FEDERICI, p. 113.
Podratzki, p. 186.
Polso dei pazzi - WOLFF, 383.
Polveri di Mercier - WALDENBURG, p. 186.
Pompa stomacale - Cura della dilatazione dello stomaco colla - WIESNER, p. 198.
Portec, p. 179.
Presentazione del feto - Ascoltazione nella diagnosi delle - MASSARENTI, p. 238 — BELLUZZI, p. 343.
Prolasso del funicolo - MASSMANN, p. 164.
Protossido di azoto - IEANNEL, p. 180.
Punti dolorosi di Valleix - ROMBERG, p. 232.

R

Rabl-Rückhard, p. 27.
Raggi, p. 37.
Ravoth, p. 26.
Reale, p. 63.
Retroversione dell' utero gravido - HALBERSTMA, p. 164 — VIGNARD, p 387.
Reumatismo acuto - Trattamento del - OPPOLZER, p. 193.
Revillout, p. 183.
Richardson, p. 27.
Rinteln, p. 164.
Rivista chirurgica - SEVERI, p. 85.
Rivista ostetrica - FABBRI, p. 142.
Rivista psichiatrica - LOMBROSO, p. 380
Rivista terapeutica - BONFIGLI, p. 26, 59, 178.
Romberg, 232.
Roser, p. 62.
Ruben, p. 28.

S

Salomon, p. 358.
Sangue - Influenza del solfato di chinina sul - LEWIZKI, p. 296.
Saorìa - VALENTIN, p. 185.
Sauer, p. 27-96.
Schaller, p. 60.
Schauenbeurg, p. 191.
Schmidt, p. 183.
Schmitt, p. 28-60.
Schneider, p. 28.
Schüppel, p. 88.
Schweder, p. 94.
Sée, p. 64-200.
Segale cornuta - BAUER, JACOBI, WOAKES, LANGENBECK, SCHNEIDER, RUBEN, MAC IAFFÈ, p. 28 — CHRISTMANN, LÖBEL, LEGENDRE, p. 181.
Semeleder, p. 61.
Semi di zucca - SEMELEDER, p. 61.
Semmola, p. 54, 74, 120.
Senape - IAUARIZ, DUTECH, p. 182.
Senape - Olio essenziale di - CANTANI, p. 63.
Sensibilità sessuale patologica - WESTPHAL, p. 384.
Shedd, p. 29.
Sifilide - Influenza della - sulla gravidanza - WEBER, p. 197.
Sifilitica - Necrosi - del frontale ecc. - VEDRÈNES, p. 194.
Sifilitica - Peripileflebite - nei neonati - SCHÜPPEL, p. 88.
Simon, p. 384.
Soffregamento - Pericardite con forte rumore di - SCHWEDER, p. 94.
Solfato di bussina - MAZZOLINI, p. 59.
Solfato di chinina - Influenza del - sulla temperatura - LEWITZKI, p. 296.
Solfato di chinina - BAXA, p. 182.
Solfo-carbolato di zinco - WOOD, p. 63.
Spencer Wells, p 184.
Spiegelberg, p. 160.
Stellwag, p. 183
Stohr, p. 61.
Stokes, p. 85.
Stomaco - Trattamento della dilatazione dello - colla pompa - WIESNER, p. 198
Storace - BURCHARDT, p. 185.
Stricnina - HUNTER, p. 28 — LIEBREICH, p. 181.
Sublimato corrosivo - BOESE, KLEMM, MERSCHEIM, GRÜNFELDT, STÖHR, p. 61.
Succo gatrico del cane - LUSSANA, TANSINI, PAGELLO. DE-CASTRO, THIERSCH, NUSSBAUM, p. 64.

T

Tannino - BINZ, p. 59.
Tansini, p. 64.
Tartaro emetico - KRAFFT-EBING, p. 63.
Tebaldi, 201, 254, 287.
Temperatura - Aumento della - dopo morte - VALENTIN, p. 259.
Temperatura dei pazzi - CLOUSTON, p. 383.
Temperatura - Influenza del solfato di chinina sulla - LEWITZKI, p. 296.
Terapia empirica e scientifica - SEMMOLA, p. 54, 74, 120.
Thiersch, p. 64.
Thomson, p. 383.
Thurnam, p. 382.
Tifo - Afasia del - GALLI, p. 176.
Tifoide - Tremore generale in una - CLEMENT, p. 167.
Tobold, p. 63.
Tommasi-Crudeli, p. 373.
Toracentesi - Nuovo metodo di - VOGEL, p. 30.
Tracheotomia in un laringo-tifo - ULRICH, p. 31.
Trapanazione con felice risultato - VEDRÈNES, p. 194.
Trasfusione del sangue - UTERHART, p. 196 - HUETER, p. 359.
Trementina - Olio di - ERLACH, LÜCKE, p. 62 — KOEHLER, BORGIEN, p. 185.
Tremore generale in una tifoide - CLEMENT, p. 167.
Trocisci di Vischot p. 183.
Trötzscher, p. 61.
Tubercolosi miliare - La pigmentazione cutanea nella - GALVAGNI, p. 132
Tumore al fegato - Guarigione inaspettata di un - CONCATO, p. 233.
Tumore fibroplastico della coscia sinistra - PARONA, p. 173.
Tumori maligni - Trattamento elettrico dei - NEFTEL, p. 88.
Turchi, p. 379.
Turrini, p. 72.
Tyler Smith, p. 184.

U

Udito - Reazione galvanica dell' apparato nervoso dell' - ERB, p. 262.
Ulrich, p. 31.
Uremia - Diagnosi differenziale fra l' - ecc. - SÉE, p. 200.
Utorhart, p. 196.
Utero - Iniezioni iodate nell' - DUPIERRIS, p. 264.
Utero - Cura locale dell' emorragia dell' - WINCKEL, p. 360.
Utero - Giacitura normale dell' - CREDÉ, p. 165.
Utero gravido - Retroversione dell' - HALBERSTMA, p. 164.
Utero - Cancro dell' - FABBRI, p. 386.
Utero - Retroversione dell' - VIGNARD, p. 387.

V

Vaccà, p. 210.
Vagina - Atresia della - e gravidanza - HERZFELD, p. 200.
Vago - Sulla diminuzione dei battiti cardiaci per irritazione del - CONCATO, p. 33.
Valentin, p. 185-259.
Valeriana - Tintura eterea di - GUILLEMIN, p. 180.
Valsuani, p. 179.
Vedrènes, p. 194.
Vena cava inferiore - Obliterazione della - PARISOT, p. 199.
Veratro verde - OULMONT, HIRTZ, LINON, JACOBI, p. 27 — HIRTZ, CASPARI, PÉGAITAZ, WEIR, p. 181.
Verga, p. 179-385.
Vertebre - Paraplegia da malattia delle - DE-GIOVANNI, p. 361.
Vescicanti - PODRATZKI, [illegible], p. 186
Vicentini, p. 179.
Viger, p. 179.
Vignard, p. 61-387..
Vogel, p. 30.
Voisin, p. 27.

Z

Zani, p. 384-385.
Zinco - Cianuro di - DRASCHE, p. 182.
Zinco - Cloruro di - REALE, p. 63.
Zinco - Ossido di - WARING-CURREN, p. 28.
Zinco - Solfo-carbolato di - WOOD, p. 63.
Zucca - Estratti di semi di - CULLEN, p. 185.
Zucca - Semi di - SEMELEDER, p. 61.

W

Waldenburg, p. 63-186.
Waring-Curren, p. 28-179.
Watson, p. 62.
Weber, p. 62-63-197.
Wegener, p. 231.
Weir, p. 181.
Westphal, p. 384.
Wiesner, p. 198.
Willebrand, p. 60.
Wills Richardson, p. 184.
Winckel, p. 360.
Wittichen, p. 231.
Woakes, p. 26.
Wolff, p. 184-383.
Wood, p. 62-63.
Wooster, p. 186.
Wunderlich, p. 27.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

3 9015 07673 2794

Digitized by Google

Digitized by Google